

利用者負担上限額管理

- ☐ 依頼
- ☐ 変更
- ☐ 取消

届出書(複数児童用)

(届出書)八王子市福祉事務所長 様

受給者（保護者）記入欄	支給決定保護者氏名						
	対象者児童	①	フリガナ		受給者証番号		
			氏名		生年月日		
		②	フリガナ		受給者証番号		
			氏名		生年月日		
③	フリガナ		受給者証番号				
	氏名		生年月日				
④	フリガナ		受給者証番号				
	氏名		生年月日				
下記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理(複数児童)を行うこと(取消の場合は、上限額 管理を行わなくなることを)届出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が下記事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。 年 月 日 氏名							
上限額管理事業所記入欄	利用者負担上限額管理事業所						
	依頼・変更の場合 ☐ 上記の者から依頼のあった利用者負担上限額管理事務については、責任をもって行うことを承諾します。						
	取消の場合 ☐ 上記の者から依頼のあった利用者負担上限額管理事務は、その必要性がなくなったので、上限額管理事業所としての届出を取消すことを承諾します。						
	上限管理開始(変更・取消日) 年 月 日						
	事業所の名称						
	事業所の所在地						
	事業所の連絡先						
	事業所番号						
	変更	変更事業所への連絡		☐ 済 ☐ 未			
		変更理由		☐ 利用事業所変更 ☐ 事業所番号変更 ☐ その他			

- 1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて八王子市へ提出してください。
(依頼する事業所を変更する場合や、届出を取消す場合も同様です。)
- 2 この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。
- 3 受給者証番号等、ご不明の場合は障害者福祉課にお問い合わせください。

以下、障害者福祉課記入欄

	課長	主査	主任	担当
決裁				

上記の通り、事業所を 登録 ・ 変更 ・ 取消 します。