

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書 (複数児童用)

支給決定保護者氏名

対象児童	受給者証番号	児童氏名	生年月日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日

利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者

上記の者より、令和 年 月 日 にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限管理事務を行うことを承諾します。

上限額管理事業所所在地及び連絡先

上限額管理事業所及びその事業所の名称

印

上限額管理事業者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所を変更する場合の事由等

変更年月日 令和 年 月 日

※事業所を変更する場合は必ず記入してください。

変更前の事業所への連絡 (済 未)

(提出先)

蓮田市長 様

上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限管理を依頼することを届出します。

また、利用者負担の上限管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出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。

令和 年 月 日

住所

保護者氏名

電話

()

市町村確認欄

※この届出書は、同一世帯に障害福祉サービスを利用する障害児が複数いる場合にのみ使用する様式です。

- 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、子ども支援課へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、子ども支援課へ提出してください。
- 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。