

複数障害児上限額管理用

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定保護者氏名		上限額管理事業者の番号及び名称	
対象 障害 児	受給者証番号①	障害児氏名①	受給者証番号②
		(平成 年 月 日生)	(平成 年 月 日生)
	受給者証番号③	障害児氏名③	受給者証番号④
		(平成 年 月 日生)	(平成 年 月 日生)
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
<p>上記の者より平成 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額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称 印</p>			
事業所を変更する場合の事由等		※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 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			
<p>(提出先) 大村市長</p> <p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。また、利用者負担の上限額管理のために、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の利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>住所 電話</p> <p>氏名</p>			
市担当者 確認欄	上限額管理事務の開始年月 平成 年 月 利用分より		

- ※ 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。
- 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、大村市障がい福祉課に提出してください。
 - 2 上限額管理事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、大村市障がい福祉課へ提出してください。
 - 3 上限額管理の必要がなくなり、管理事務を終了する場合は、紙面内に「管理終了」と表示して届出てください。
 - 4 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。