

複数障害児用

利用者負担上限額管理結果票

記入例

令和 5 年 1 1 月分

市町村番号	1	1	2	2	8	4						
支給決定保護者名	八潮 花子											
児童番号	対象児											
	受給者証番号			氏名								
	①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	八潮 太郎
	②	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	八潮 次郎
	③											
④												

管理事業者	指定事業所番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	事業者及びその事業所の名称	株式会社 やしお 八潮○△サービス事業所												

利用者負担上限月額(1) 4 6 0 0

利用者負担上限額管理結果 3

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番	1	2	3		
	児童番号	①	①	②		
	事業所番号	○○○○○○○○○○	○○○○○○○○△△	○○○○○○○○××		
	事業所名称	八潮○△サービス事業所	八潮発達支援事業所	サービス事業所八潮		
	総費用額	2 7 0 0 0	1 8 0 0 0	1 5 0 0 0		
	利用者負担額(2)	2 7 0 0	1 8 0 0	1 5 0 0		
	管理結果後利用者負担額(3)	2 7 0 0	1 8 0 0	1 0 0		

利用者負担額集計・調整欄	項番					合計
	児童番号					
	事業所番号					
	事業所名称					
	総費用額					6 0 0 0 0
	利用者負担額(2)					6 0 0 0
	管理結果後利用者負担額(3)					4 6 0 0

障がい福祉課に提出時、サインは必須ではありませんので、空欄でもご提出いただけます。ただし、監査等で必要な場合がありますので、サインの入ったものを事業所で保管してください。

内容について確認しました。

5 年 ● 月 ● 日

決定保護者氏名

八潮

花子



印