

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
フリガナ ヤシオ ハナコ		1234567890	
ご本人(保護者)が記入 八潮 花子		生年月日	
		平成 10 年 3 月 10 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5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。

上限額管理事業所所在地及び連絡先
八潮市中央1-2-1

上限額管理事業者及びその事業所の名称
株式会社 やしお 八潮〇△サービス事業所

事業所が記入

どちらか一方にご記入ください

新規に事業所を登録する場合	令和5年●月●日
事業所を変更する場合の事由等	令和5年●月●日

※事業所を変更する場合は必ず記入してください。

●●●●●●●●●●●●●●●●のため。

変更前の事業所への連絡(☒ 済 ☐ 未)

(提出先)
八潮市長 宛て

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利用状況等を情報提供することに同意します。

ご本人(保護者)が記入

令和 5 年 ● 月 ● 日

住 所 八潮市中央〇-×-△

氏 名 八潮 花子

電話 048 (996) 2964

市町村
確認欄

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、障がい福祉課へ提出してください。

2 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、障がい福祉課へ提出してください。

3 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。