**利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書**

届出日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 通所給付決定保護者 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和平成　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 支給決定にかかる児童 | フリガナ |  | 生年月日 | 平成令和　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 受給者証番号 |  |  |
| 兄弟間上限管理の有無 | 有・無 | **※対象児童（本人以外）の氏名、生年月日、受給者証番号を書いてください。** |
| 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額管理事務を行うことを承諾します。 |
| 上限額管理者 | 事業所番号 |  |
|  | 所在地 |  |
|  | 事業所名称 |  |
|  | 連絡先 |  |
| 利用者負担上限額管理開始年月 | 令和　年　月利用分から | 受給者証への記載（□済□未） |
| 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。** |
|  |
| 変更年月日 | 令和　年　月　日 | 変更前の事業所への連絡（□済□未） |
| 明石市長　様 |
| 上記の指定障害児通所支援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。 |
|  | 住所 |  |
|  |  |  | 氏名 |  |
|  |  |  | 電話 |  |
| 市町村確認欄 | 令和　年　月利用分から | 入力日 | 令和　　年　　月　　　日 |
| 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、障害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、障害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。 |