

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書 記入例

届出日 令和 4年 4月 20日

通所給付決定保護者	フリガナ 氏名	アカシ タロウ 明石 太郎	生年月日	昭和 平成 60年 9月 22日
支給決定にかかる児童	フリガナ 氏名	アカシ イチロウ 明石 一郎	生年月日	平成 令和 20年 12月 15日
受給者証番号	28203123456		受給者証に記載の保護者および児童の氏名と生年月日、受給者番号をご記入ください。	
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。 明石 二郎 平成 23年 8月 3日 生まれ 28203654321		
サービスを利用している兄弟姉妹がいる場合、ご記入ください。無償化対象児の場合は記入不要です。				
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	事業所の記入は不要です。		
	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 日	利用分から	受給者証への記載（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 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。				
1か所のみ利用となり、上限管理が不要となるため。			上限管理事務依頼を廃止する理由をご記入ください。	
変更年月日	令和 年 月 日	変更前の事業所への連絡（ <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 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				
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	明石市大久保町ゆりのき通1		受給者証に記載の保護者の住所および氏名、日中連絡がつく電話番号をご記入ください。	
氏名	明石 太郎			
電話	090-000-1111（母携帯）			
市町村確認欄	令和 年 月 日	入力日	令和 年 月 日	

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業者が決まり次第、受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業者を変更するときは、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。
- 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。