

(記載例：児)

利用者負担上限額管理事務(依頼・変更・取消)届出書

受給者(保護者)等氏名		保護者の氏名を記入してください。	
フリガナ		コサイ タロウ	
湖西 太郎		児童の氏名を記入してください。	
受給者証番号		児童氏名	受給者(児童)生年月日
2200000001		湖西 一郎	平成 28 年 4 月 1 日
複数児童の場合	受給者証番号	児童氏名	生年月日
	2200000002	湖西 二郎	平成 30 年 4 月 1 日
	2200000003	湖西 三郎	令和 3 年 4 月 1 日
			年 月 日
利用者負担上限額管理を依頼・変更した事業者(※取消の場合は記入不要)			
上記の者より、令和 6 年 4 月 1 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 湖西市古見1番地 電話 053-111-1111			
上限額管理事業者及びその事業所の名称(※押印は不要です。) 放課後等デイサービスコサイ			
事業所番号		0	0
		0	0
		0	0
		0	0
		0	0
		0	0
		0	0
事業所を変更・取消する場合の事由等		変更・取消年月日	年 月 日
※事業所を変更・取消する場合は必ず記入してください。			
変更・取消前の事業所への連絡(□ 済 □ 未)			
(あて先) 湖西市福祉事務所長 適用年月を必ず記載			
上記のとおり令和 6 年 4 月利用分から利用者負担の上限額管理を(依頼・変更・取消)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。			
令和 6 年 4 月 1 日			
住所		湖西市吉美1番地	
		電話 053 (000) 0000	
氏名		湖西 太郎	
湖西市 確認欄			

- 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、湖西市地域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所を変更・取消するときは、変更・取消年月日を記入のうえ湖西市地域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。