

**障害福祉サービス・児童通所支援
利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書**

支給決定障がい者(障がい児)氏名	受給者証番号	
フリガナ		
	生年月日	
	年	月 日
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者		
<p>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、責任を持って年 月 より利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先 事業所番号</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: 0;"></div> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p style="text-align: right;">印</p>		
上限管理を開始(事業所変更)する場合の事由等	開始(変更)する年月	年 月より
<p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)</p>		
<p style="text-align: center;">市川市長 様</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所 電話 ()</p> <p>氏名</p>		
市町村 確認欄	<input type="checkbox"/> 上限額管理開始年月日 <input type="checkbox"/> 受給者証への記載 <input type="checkbox"/> 受給者証の再発行 <input type="checkbox"/> 兄弟上限の設定	<input type="checkbox"/> その他 <div style="font-size: 2em; text-align: center;">()</div>

- 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、障がい者支援課または発達支援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、障がい者支援課または発達支援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。