

利用者負担上限額管理依頼（変更）届出書

受給者氏名		受給者番号	
フリガナ			
(対象児童氏名：)		生年月日	
		大正・昭和・平成 年 月 日	
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 日にあった上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って上限額管理を行なうことを承諾します。			
管理事業所 所在地 連絡先			
管理事業者（法人）及びその事業所の名称 (事業所番号：)			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	
		令和 年 月 日	
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。			
変更前の事業所への連絡（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 ）			
倉敷市 社会福祉事務所長 宛			
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、上限額管理のために、私にサービス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 年 月 日			
住所 倉敷市		電話（ ） -	
受給者 氏名			
市（福祉事務所）確認欄			

- この届出書は、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、福祉事務所へ提出してください。（提出先福祉事務所名を記入してください。）
- 上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日をご記入のうえ、福祉事務所へ届出ください。
- この届出書の届出がない場合、利用者負担額をいったん全額負担していただくことがあります。