

# 記入例

## 利用者負担上限額管理情報記載受給者証（変更）届出書

(提出先)  
茅ヶ崎市長

変更申請を  
チェック

変更

令和 年 月 日

(届出者)

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎 1-1-1

氏名 茅ヶ崎 太郎

受給者欄に印字された氏名  
を記入（受給者ご本人の自  
署又は記名押印）してい  
ただきいてください。

利用者負担の上限額管理を依頼することを届け出ます。  
また、本サービスを利用するために、私にサービスを提供した事業所が下記の届出事業所に  
サービス利用状況等を情報提供することに同意します。

受給者証番号		2000099999			
受給者	フリガナ				
	氏名	茅ヶ崎 太郎			
	生年月日	昭和45年6月7日	利用者負担上限	04	37,200 円
利用者	フリガナ				
	氏名	横浜 一郎			
	生年月日	平成2年3月4日			
上限管理事業所	所在地				
	連絡先				
	名称				
	上記の事業所の 額管理の件 管	この欄は、 上限管理を行う事業所が 記入・押印します。			
	適用年月日	令和 年 月 日（平成 年 月提供分から適用）			
	変更事由				
	変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			

- 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、茅ヶ崎市役所障がい福祉課に提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入したうえで、茅ヶ崎市役所障がい福祉課に提出してください。
- この届出書による届出がない場合は、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。

(市役所確認欄)

(受理印)

システム入力	上限管理情報記載受給者証
令和 年 月 日処理	令和 年 月 日送付