

記入例

届出書

(提出先)
茅ヶ崎市

新規申請を
チェック

新規 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、事業所にお渡しください。

負担の上限額管理を依頼することを届け出ます。
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		
利用者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
37,200 円			
上限管理事業所	所在地		
	連絡先	事業所番号	
	名称		
	上記のサービスにつきましては、 管理	負担上限額管理の件 印	
	適用年月日	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	

この欄には
受給者名・利用者名等を
記載してください。

この欄は、
あなたが上限管理を依頼した
事業所が記入します。
(記入不要です)

- 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