

**【障害児通所支援事業 複数児用】**  
**利用者負担上限管理事務依頼（変更）届出書**

(提出先)  
茅ヶ崎市長

新規  変更

令和 年 月 日

(保護者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり、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け出ます。  
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。

支給決定保護者氏名			
対象障害児	フリガナ		受給者証番号
	① 利用者氏名		生年月日 年 月 日
	フリガナ		受給者証番号
	② 利用者氏名		生年月日 年 月 日
フリガナ		受給者証番号	
③ 利用者氏名		生年月日 年 月 日	
フリガナ		受給者証番号	
④ 利用者氏名		生年月日 年 月 日	
上限管理事業所	所在地		
	連絡先	事業所番号	
	名称		
	上記のサービス利用者より、令和 年 月 日に依頼があった利用者負担上限額管理の件につきましては、当事業所において責任を持って事務を行います。		
	管理者	印	
	適用年月日	令和 年 月 日 (令和 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	