

記入例

【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

新規申請を
チェック

新規

変更

令和 年 月 日

(保護者)

住所

茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1

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。

氏名

茅ヶ崎 太郎

印

利用者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。

支給決定保護者氏名

茅ヶ崎 太郎

対象障害児	フリガナ		受給者証番号	2000099999
	① 利用者氏名		生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	② 利用者氏名			年 月 日
	フリガナ			
	③ 利用者氏名			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

この欄には
受給者名・利用者名等を
記載してください。

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 額管理の件につ 管理者	利用者負担上限 ます。 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	

この欄には
受給者名・利用者名等を
記載してください。

- 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	