

複数障がい児用

利用者負担上限額管理結果票

令和 年 月 日

市町村番号	1	4	2	0	5	1
支給決定保護者名						
児童番号	対象児童					
	受給者証番号			氏名		
①						
②						
③						
④						

管理事業者	指定事業所番号																			
	事業者及びその事業所の名称																			

利用者負担上限月額(1)																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

利用者負担上限額管理結果

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番																			
	児童番号																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			
	総費用額																			
	利用者負担額(2)																			
	管理結果後利用者負担額(3)																			

利用者負担額集計・調整欄	項番																			
	児童番号																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			
	総費用額																			
	利用者負担額(2)																			
	管理結果後利用者負担額(3)																			
																		合計		

上記内容について確認しました。

令和 年 月 日
支給決定保護者等氏名

この様式は、茅ヶ崎市で同一世帯に障がい福祉サービス等を利用する障がい児が複数いる場合の利用者負担上限管理に利用するものです。この様式により上限管理を行う場合は、この様式を関連事業所に送付して請求明細書を作成するとともに、請求月10日までに茅ヶ崎市に提出してください。この様式により請求明細書を作成した場合には、当該受給者の上限管理結果票を国保連に送信しないでください。