

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  
業所にお渡してください。

氏名 茅ヶ崎 太郎

負担の上限額管理を依頼することを届け出ます。  
本サービスを提供した事業所が下記の届出事業所に  
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	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)	上限額管理の 印 (から適用)
	連絡先		
	名称		
	上記のサービス 件につきましては 管理者		
	適用年月日		
	変更事由		
	変更前の事業所への連絡		

- 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	