

記入例

利用者負担上限管理事務依頼(変更)届出書【複数児用】

(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

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ご同意します。

支給決定保護者氏名

茅ヶ崎 太郎

対象障
害児

フリガナ

① 利用者氏名

受給者証番号

2000099999

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

④ 利用者氏名

受給者証番号

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

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

☐ 済

☐ 未

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)

- 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)

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

(受理印)