

## 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

変更申請を  
チェック

新規 変更

(保護者)  
住所

令和 年 月 日

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

利用者負担の上限額管理を依頼することを届け出ます。  
事業所が下記の届出事業所に  
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			月 日
	フリガナ			月 日
③ 利用者氏名				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
	フリガナ			

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	上記のサービス 件につきましては
	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)

- 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