

(様式1)

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)

記入例

支給決定障害者等氏名	受給者証	
フリガナ ニシオ タロウ	50000000000	
西尾 太郎	生年月日	
	大・昭・ 平 ・令 10 年 1 月 1 日	
利用者負担	事業者	
上限管理をする利用者の氏名(フリガナ)・受給者番号・生年月日を記入		
上記の者より、令和 年 月 日 依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。		
上限額管理事業所所在地及び連絡先		
上限額管理事業者及びその事業所の名称		
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	令和 年 月 日
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。		
変更前の事業所への連絡(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)		
(提出先)		
西尾市長		
上記の指定サービス事業所に利用者負担の ます。 また、利用者負担の上限額管理のために、私 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		
依頼者の住所・氏名・電話番号を記入		
令和 2 年 4 月 1 日		
住所 西尾市寄住町下田22番地		
氏名 西尾 花子		
電話 0563(65)2115		
市町村 確認欄		

- 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、西尾市福祉課へ提出してください。
- 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、変更年月日を記入のうえ、西尾市福祉課へ提出してください。
- この届出書の届出がない場合、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。