

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

フリガナ		受給者証番号													
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名		生 年 月 日													
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日												
支給決定に係る 児童氏名															
利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者															
上記の者より、 年 月 日にあった 利用者負担上限額管理の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 事業所番号_____															
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	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（☐済 ☐未）															
（あて先）府中市福祉事務所長 様 上記の指定サービス事業所に利用 者負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記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意します。 年 月 日 住所 利用者 氏名 電話 ()															
市町村確認欄 次に掲げる全てに該当する者を対象とする。 ☐ 障害福祉サービス受給者証又は通所受給者証の「利用者負担上限額管理対象者該当の有無」欄が「有」であること。 ☐ 障害福祉サービス受給者証又は通所受給者証の「負担上限月額」が0円ではないこと。 ☐ 2か所以上の障害福祉サービス事業者若しくは児童通所支援事業者を利用していること、又は障害福祉サービス受給者証若しくは通所受給者証の「特記事項欄」に複数障害児について記載されていること。															

※利用者上限負担額管理事務依頼が必要な方は、上記「市町村確認欄」の条件に該当する者です。（該当するかについては、市町村が確認いたします。）

1 この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて障害福祉課へ提出してください。

2 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障害福祉課へ届出ください。

3 この届出書の届出がない場合は、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。