

利用者負担上限額管理依頼(変更)届出書

通所給付決定保護者氏名		通所受給者証番号							
フリガナ									
氏 名									
通所給付決定児童氏名		生年月日							
フリガナ									
氏 名		年 月 日							
上限額管理を依頼(変更)する事業所									
上記の者より、 年 月 日にあった上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って上限額管理を行うことを承諾します。 管理事業所所在地及び連絡先 管理事業者及びその事業所の名称 印									
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)									
山陽小野田市長 あて 上記の指定障害児通所支援事業者等に、利用者負担上限額管理を依頼したことを届け出ます。 また、上限額管理のために、指定障害児通所支援を提供した事業者等が上記届出事業者に障害児通所支援の利用状況等を情報提供することに同意します。 年 月 日 受給者 住 所 電話番号 氏 名									
市確認欄									

- この届出書は、上限額管理を依頼する事業者が決まりましたら、受給者証を添えて市へ提出してください。
- 上限額管理を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、受給者証を添えて市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。