

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名	受給者証番号
フリガナ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;">利用者ご本人orサービスを利用している お子様の氏名を記入して下さい。</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;">受給者証と同じ番号を記入して下さい。</div> 生年月日日 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;">和暦(昭和・平成・令和等)で記入して下さい。</div>
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。	
上限額管理事業所事業所番号(10桁) 上限額管理事業者及びその事業所の名称 上限額管理事業所所在地及び連絡先	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; width: fit-content; text-align: center;">この欄は事業者が記入して下さい。</div>
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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;">新規の場合も、上限額管理開始日を記入して下さい。 管理が始まる月の1日から適用になります。</div> 変更前の事業所への連絡(済or未を記入)・・・()
(宛先) 箕面市長 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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;">利用者ご本人(児童(18歳未満)の方は保護者)の 氏名・住所・電話番号を記入して下さい。</div>
氏名	電話
市町村 確認欄	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 5px; text-align: center; width: fit-content;">記入不要</div>

- 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、箕面市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、箕面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。