利用者負担上限管理事務依頼(変更・廃止)届出書

☐ 新規　☐ 変更　☐ 廃止

令和　　年　　月　　日

藤 沢 市 長

(届出者)
住　所
氏　名
電　話　　(　　)

次のとおり、利用者負担の上限管理を依頼(変更・廃止)することを届け出ます。
また、利用者負担の上限管理のために、サービスを提供した事業所が次の届け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。

受給者 (保護者) 氏名　　　　印
(本人の署名又は記名・押印)

利用者①	受給者番号		利用者②	受給者番号	
	フリガナ			フリガナ	
	氏　名			氏　名	
	生年月日	平成・令和　年　月　日		生年月日	平成・令和　年　月　日
利用者③	受給者番号		利用者④	受給者番号	
	フリガナ			フリガナ	
	氏　名			氏　名	
	生年月日	平成・令和　年　月　日		生年月日	平成・令和　年　月　日

上限管理事業所	名　称			
	所在地			
	電話番号		事業所番号	
	上記のサービス利用者より、令和　年　月　日に提供依頼があった利用者負担上限額管理の件につきましては、当事業所において責任を持って事務を行います。 管　理　者　　　印			
	適用年月	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	☐済　☐未		

1　この届出書は、利用者負担上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、現在使用中の受給者証を添えて、市に提出してください。(但し、新規利用の方を除く。)
2　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、変更年月を記入したうえで、市に提出してください。
3　この届出書による届け出がない場合は、利用者負担を一旦全額負担していただくことがあります。

処 理 欄		課長	主幹	課長補佐	主査	担当
決裁年月日			＼			
施行年月日						

障がい福祉サービス(未 ・ 済 ・ 非)　障がい児通所サービス(未 ・ 済 ・ 非)　☐ コピー　☐ リスト入力