

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

利用障がい児 氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生 年 月 日	
		年 月 日	
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、依頼のあった令和 年 月利用分からの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)			
印			
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(□済 □未)			
(提出先)			
宇都宮市長 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。			
令和 年 月 日			
住 所			
電話番号 ()			
保護者氏名			
市町村 確認欄	・受給者証 追記済 再発行		

- 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、子ども発達センター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、子ども発達センター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。
- この届出書の提出後に利用者負担額がなくなった場合(無償化の対象となった場合など)は、上限額管理の非該当となります。そのため、再び利用者負担額が生じた後、上限額管理を依頼するときは、改めて届出が必要になります。