利用者負担上限額管理事務依頼(変更･終了)届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 支給決定障害者氏名等 | 受給者証番号 |
| 氏名 |  |  |
| （児童氏名） |  | 所管区 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
| このたび、利用者負担上限額管理事務を（ 依頼 ・ 変更 ・終了 ）することとしましたので下記の通り受給者証を添えて届け出ます。また、この事務のため、サービスの利用状況等を関係事業所が情報提供することに同意します。１．【依頼】　新たに上限額管理を開始する場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 事業所名 | 開始月度 |
|  |  | 年　月度 |

２．【変更】　既に設定されている上限額管理事務を行う事業所を変更する場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事業所名 | 変更月度**※** |
| 変更前 |  |  | 年　月度 |
| 変更後 |  |  |

**※月の途中で変更した場合は、その月度まで変更前の事業所が上限額管理事務を行い、変更月度の欄にはその翌月度（変更後の事業所が実質的に管理事務を行い始める月）を記載してください。**３．【終了】　上限額管理の必要がなくなり、管理事務を依頼しなくなる場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 事業所名 | 終了月度 |
|  |  | 年　月度 |

 |
| 利用者負担上限額管理事務を行う事業所 |
| 上記の利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って管理事務を行うことを承諾します。また、事務上必要な事項は確実に関係事業所に連絡いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所番号 | 事業所所在地・事業所名 | 担当者 |
|  |  |  |

 |
| 市担当者確認欄 | 受付年月日 |  |
|  |

１　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、お住まいの区の障害者支援課に提出してください。

２　この届出がない場合、利用した事業所への給付費の支払いが一時停止したり、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。