様式3

利用者負担上限額管理事務依頼等届出書

支給決定障害者等氏名	受給者証番号
フリガナ	
支給決定に係る障がい児氏名	利用者生年月日
フリガナ	年　月　日

サービス種類	障害福祉サービス　・　障害児通所支援
依頼種別	新規　・　変更　・　辞退 適用年月：　年　月
変更・辞退の理由	 変更・辞退前の事業所への連絡（□済　□　未）

※以下、辞退の場合は記載不要

利用者負担上限額管理を依頼した事業者

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

上限額管理事業者番号

（提出先）

区保健福祉部長　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

電話　（　）

氏 名

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、区保健福祉課へ提出してください。
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、上限額管理を辞退するときは、適用年月を記入のうえ、区保健福祉課へ提出してください。
3 この届出書の提出がない場合、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。