（様式2）

# 利用者負担上限額管理結果票

| 平成 | | | 年 | | | 月分 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 市町村番号 | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | |
| 支給決定障害者等氏名 | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害児氏名 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 管理事業者 | 指定事業所番号 | | | | | | | | | | |
| | 事業所及びその事業所の名称 | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 利用者負担上限月額 | | | | | |

## 利用者負担上限額管理結果

1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用者負担額集計・調整欄 | 項番 | | | | | |
| | 事業所番号 | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | |
| | 管理結果後利用者負担額 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 利用者負担額集計・調整欄 | 項番 | | | | | 合計 |
| | 事業所番号 | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | |
| | 管理結果後利用者負担額 | | | | | |

上記内容について確認しました。

平成　年　月　日