

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

給付決定児童名前		通所受給者証番号			
フリガナ					
利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者					
上記の保護者より、 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。					
上限額管理者		所在地			
		名称		印	
		電話			
事業者番号				受給者証への記載（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未）	
利用者負担上限額管理開始年月		年 月 利用分から			
事業所を変更する場合の事由等					
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。					
変更年月日		年 月 日		変更前の事業所への連絡（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未）	
福 山 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。					
				年 月 日	
		住所			
		名前		印	
		電話			

1. 太枠の中のみ、お書きください
2. 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提出してください。
3. 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、変更年月日を記入し提出してください。
4. 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。

起案	担当	次長	課長
		決定日	/

入力	確認	印刷	発送
		<input type="checkbox"/> 不要（済）	<input type="checkbox"/> 不要（済）
入力日	/	発送日	/

決裁日付印

上限額管理が必要となる場合について

つぎの項目すべてに該当する場合は、上限管理の事業所を依頼する必要があります。

- ① 児童の通所サービス（※）の事業所を複数利用している
- ② 通所受給者証の上限月額が0円以外
- ③ 一月当たりの利用者負担（1割負担）の合計額が上限月額を超える

※児童発達支援，医療型児童発達支援，放課後等デイサービス，保育所等訪問支援