

利用者負担上限額管理依頼（変更）届出書

通所給付決定に係る児童氏名		受給者証番号							
フリガナ									
氏名		生年月日							
		年		月		日			
上限額管理を依頼（変更）する事業者									
上記の者より、年 月 日にあつた上限額管理の依頼の件については、責任をもって上限額管理を行うことを承諾します。									
管理事業所所在地及び連絡先									
管理事業者及びその事業所の名称									
印									
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日		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）									
（宛先）大田区長 上記の指定障害児通所支援事業所に、利用者負担上限額管理を依頼したことを届け出ます。 また、上限額管理のために、サービスを提供した事業者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 通所給付決定保護者 住所 電話番号 () 氏名									
大田区確認欄									

- 1 この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まりましたら、受給者証を添えて所管の（担当部課名）へ提出してください。
- 2 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上、受給者証を添えて所管の（担当部課名）へ届け出てください。
- 3 この届出書の届出がない場合は、利用者負担額をいつたん全額負担していただくことがあります。