

記入例

第 33 号様式（第 16 条関係）

事業所及び保護者にご記入いただいた後、
通所受給者証と一緒に区へ提出してください。

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

② 事業所が記入	フリガナ	オオタ イチロウ	受給者証番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	支給（給付）決定障害者（保護者）氏名	大田 一郎	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日									
	フリガナ	オオタ タロウ	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日									
	支給決定に係る児童氏名	大田 太郎											
利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者													
上記の者より、〇〇年〇〇月〇〇日にあつた利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持つ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 大田区蒲田〇-〇-〇 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇													
上限額管理事業者及びその事業所の名称 事業所番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇事業所													
事業所を変更する場合の事由等			変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日									
※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（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未）													
（宛先）大田区長													
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、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。													
① 保護者が記入	〇〇年 〇〇月 〇〇日												
	利用者 （保護者）	住所	大田区蒲田〇-〇-〇 電話 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 氏名 大田 一郎										
大田区確認欄													

- この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて障害福祉課へ提出してください。
- 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うえ障害福祉課へ届出ください。
- この届出書の届出がない場合は、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。