第６号様式 （第５条関係）

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

大 和 市 長　あて

次のとおり、指定障害児通所支援事業所等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下記の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。

届出年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届　出　者 | 受給者番号 |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | 利用者負担  上限月額 | |  | 円 |
| フリガナ | |  | | 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 児童氏名 | |  | |
| 続　　柄 |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 上 限 額 管 理 事 業 所 | 事業所番号 |  | |
| 上記届出者より、　　　　　年　　　月　　　日に依頼があった利用者負担上限額管理の件につきましては、当事業所において責任を持って事務を行ないます。  事業所名称  事業所所在地  事業所連絡先  事業所（法人）代表者職氏名 | | |
| 適用年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　　　年　　　月提供分から適用） | |
| 変 更 事 由 |  | |
| 変更前の事業所への連絡 | | □ 済　　　　　　　　　　　　□　未 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出書提出者 | □届出者本人　　□届出者本人以外（下の欄に記入） | | |
| 氏　　　　名 |  | 届出者との関係 |  |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　）  □ 申請者と同じ住所 | | |

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すくすく子育て課に提出してください。

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は、変更年月日を記入したうえで提出してください。

３．この届出書による届出がない場合は、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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付確認 | 担　当 | 係長/主幹 | 課　長 | 受付印 | 処理日 |
|  |  |  |  | ・　　　　・ |
|  |