

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

（障がい福祉サービス ・ 障がい児通所支援） ←どちらか選択して下さい

支給決定障がい者(児)氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生年月日	
		大・昭・平・令	
		年 月 日	
利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業所			
上記の者より、 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、責任をも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。			
上限額管理事業者所在地及び連絡先			
指定事業所番号			
上限額管理事業者及びその事業所の名称			
事業者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(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			
(あて先)			
八尾市福祉事務所長			
上記の指定サービス事業者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者が上記届出事業者 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			
氏 名			
電 話 ()			
市町村			
確認欄			

- 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、受給者証を添えて、八尾市へ提出してください。
- 2 利用者負担の上限額管理を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、八尾市へ提出してください。
- 3 この届出書の届出がない場合、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。