

利用者負担上限額管理依頼(変更)届出書

申請年月日 令和 年 月 日

木津川市福祉事務所長 宛て

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、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。

利用者氏名	受給者番号
フリガナ	
	生年月日
	大・昭・平・令
	年 月 日
障害児氏名	生年月日
フリガナ	平・令
	年 月 日

上限額管理を依頼(変更)した事業者

上記の者より、令和 年 月 日にあつた上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って上限額管理を行うことを承諾します。

管理事業所番号

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

開始年月日	令和 年 月 日	終了年月日	令和 年 月 日
複数利用児童の有無(※世帯に複数の利用児童がいる場合は有に○をしてください。)			
複数利用児童 有 · 無			
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。)			

変更前の事業所への連絡(□済 □未)

※ この届出書は、利用者負担上限月額をこえてサービス利用をし、2つ以上の事業者と契約した場合又は同一世帯において複数の児童が利用する場合に必要となります。

- 1 上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、事業者に承諾印をもらい受給者証を添えて、木津川市福祉事務所に提出してください。
- 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うえ、木津川市福祉事務所へ届出ください。
- 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。

※ この届出書による利用者負担上限月額管理事業所の登録に伴う受給者証は原則として発行いたしません(更新等による受給者証の発行から利用者負担上限月額管理事業所の印字を行います。)。希望される方は社会福祉課窓口において当該届出書のコピーをお渡しさせていただきますので、届出の際に申し出て下さい。