

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

| | | |
|---|-------|----------|
| 支給決定障害者等氏名 | 生年月日 | 受給者証番号 |
| フリガナ | | |
| (児童氏名) | | 続柄 |
| 利用者上限額管理事務を依頼(変更)した事業者 | | |
| <p>上記の者より、平成 年 月 日にあった 上限額管理事務の依頼につきましては、責任を持って上限額管理を行うことを承諾します。</p> <p>管理事業所番号</p> <p>管理事業所の所在地及び連絡先</p> <p>管理事業者及びその事業所の名称 印</p> | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | 変更年月日 | 平成 年 月 日 |
| <p>事業所を変更する場合は、必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業者への連絡(□済 □未)</p> | | |
| <p>(届出先)茨木市福祉事務所長</p> <p>上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理事務を依頼することを届け出します。</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>氏名</p> | | |
| 市確認欄 | | |

備考

- 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、茨木市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、茨木市へ届出ください。

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。