

(様式1)

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

		受給者証番号									
通所給付決定保護者氏名		給付決定に係る児童氏名									
フリガナ		フリガナ									
(生年月日 年 月 日)		(受給者生年月日 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、責任を持って利用者負担の上限額管理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											
上限額管理事業所及びその事業所の名称											
事業所番号											
上限管理開始年月日（管理が必要になった日）						年 月 日					
事業所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）											
(提出先)											
豊中市長 様											
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、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。											
年 月 日											
住所											
氏名 電話 ()											
市町村 確認欄										受給者証	
<input type="checkbox"/> 同月、きょうだい利用のため、 <input type="checkbox"/> 裏面 <input type="checkbox"/> 複数届出書添付										<input type="checkbox"/> 記入済 <input type="checkbox"/> 入力済	

1 この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事務所が決まり次第、受給者証を添えて、おやか保健課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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ受給者証を添えて、おやか保健課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。

*提出先:豊中市 こども未来部 おやか保健課 TEL:06-6858-2285 FAX:06-6846-6080

記入例

(様式1)

..... 利用者記入欄

..... 事業者記入欄

利用者負担上

給付決定に係る児童氏名、受給者証番号をご記入ください

通所給付決定保護者氏名 ※きょうだいで申請する方は保護者名を同じ氏名にしてください		受給者証番号	
フリガナ		フリガナ	
(生年月日 年 月 日)		(受給者生年月日 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、責任を持って利用者負担の上限額管理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

上限額管理事業所及びその事業所の名称

事業者が記入

印

事業所番号

いずれか必ずご記入ください。

上限管理開始年月日（管理が必要になった日）	年 月 日
事業所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（済 未）

(提出先)

豊中市長 様

上記の指定サービス事業所
また、利用者負担の上限額
にサービス利用状況等を情報提供するこ

通所給付決定保護者氏名
※きょうだいで申請する方は保護者名を同じ氏名にしてください

年 月 日

住所

氏名

電話 ()

市町村 確認欄	受給者証
<input type="checkbox"/> 同月、きょうだい利用のため、 <input type="checkbox"/> 裏面 <input type="checkbox"/> 複数届出書添付	<input type="checkbox"/> 記入済 <input type="checkbox"/> 入力済

※受給者証の「利用者負担上限額管理対象者該当の有無」で、「有」の方のみご提出下さい。