利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

記　入　例

支給決定障害者等氏名	受給者証番号
ハンノウ　ジロウ 飯能　次郎	×××××××× 生年月日 ○○　△△年　△月　△日

この欄には、給付決定者（児童）の受給者証番号、氏名、生年月日を記載します。

利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者

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管理事務を行うことを承諾します。

上限管理開始年月　○○ 年 ○○ 月提供分より

上限額管理事業所所在地及び連絡先　飯能市○○○××番地××

上限額管理事業者及びその事業所の名称　△△△△△△△△△△△△△

上限額管理事業者番号　× × × × × × × × × ×

この欄は、上限額管理事業所となる事業所に記入してもらいます。似たような事業所名もありますので、事業所番号は正確にご記入ください。

事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	○○　△△年　△月　△日

上限管理事業所を変更する場合に記入してください

※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）

ここのチェックボックスには、上限管理事業所を変更する場合に、変更前の事業者に対して、上限額管理事業所の変更をすでに伝えてある場合はチェックを入れます。
（変更の旨を、変更前の事業所に連絡してください。）

（宛先）飯能市長

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　飯能市○○×××番地××

電話（××××）××ー××××

氏　名　飯能　太郎

受給者証に記載されている給付決定者等（保護者）の住所、氏名を記入します。電話番号も記入してください。

市町村 確認欄	入力済　☐

この欄は、記入する必要はありません。

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、飯能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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、飯能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。