

# 利用者負担上限額管理（依頼・変更・取消）届出書

総社市長 様

支給決定対象者等氏名		受給者証番号	
フリガナ			
		生年月日	
		年	月 日
<b>利用者負担上限額管理事業所</b>			
<p>(依頼・変更)</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の者から依頼のあった利用者負担上限額管理事務については、責任を持って行うことを承諾します。</p> <p>(取消)</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の者の利用者負担上限額管理事務は、その必要がなくなったので、上限額管理事業所としての届出を取り消すことを承諾します。</p> <p><input type="radio"/> 上限額管理開始（変更・取消）日 令和 年 月 日</p> <p>事業所の名称 _____</p> <p>事業所番号 _____</p> <p>事業所所在地 _____</p> <p>事業所連絡先 ( ) _____</p> <p>(変更の場合は以下の欄も記入)</p>			
変 更	変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未	
	変 更 理 由	<input type="checkbox"/> 利用事業所変更 <input type="checkbox"/> 事業所番号変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<p>上記の指定サービス事業所に私の利用者負担の上限額管理を依頼すること（取消の場合は、上限額管理を行わなくなることを届出します。</p> <p>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の利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 _____ 電話 ( ) _____</p> <p>氏 名 _____</p>			
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、総社市へ提出してください。  
(依頼する事業所を変更する場合や、届出を取り消す場合も同様です。)

2 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。