

浦安市障害福祉サービス利用者負担上限額管理事務依頼届出書

(宛先)浦安市長

届出年月日 年 月 日

次のサービス提供事業所に負担上限月額を依頼したことを届け出ます。

ふりがな		生 年 月 日	
上限額管理対象者(保護者)氏名		障害福祉サービス受給者証番号	
居 住 地	連絡先		
ふりがな		生 年 月 日	
上限額管理に係る児童氏名		続 柄	
負担上限月額の管理の依頼を受けたサービス提供事業所(負担上限月額管理事業所)記載欄			
上記の者から、年 月 日に依頼のあった負担上限月額の管理について、責任を持って行うことを承諾します。			
年 月 日			
事 業 者 名			
代 表 者 氏 名			
該 当 す る 事 業 所 の 名 称			
該当する事業所の所在地及び連絡先			
事業所を変更する場合の事由等			
変 更 年 月 日			

※事業所を変更する場合は、その旨を、変更前の事業所へ必ず連絡してください。

同意欄	負担上限月額の管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記の負担上限月額管理事業所に、私のサービス利用状況に関する情報を提供することに同意します。
	年 月 日 上限額管理対象者(保護者)氏名

備考

- この届出書は、負担上限月額の管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、次の提出先に提出してください。
- 負担上限月額の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上、次の提出先に提出してください。

提出先