

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の管理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