利用者負担上限額管理事務依頼(廃止)届出書

受給者番号									
2	2	3	4	2					

受給者氏名	18歳未満の児童氏名
フリガナ	フリガナ
生年月日	生年月日

利用者負担上限額管理を依頼(廃止)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額管理事務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

上限額管理事業者名及びその**事業所番号**

上限管理終了年月　　年　　月　提供サービス分まで　　印

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)

長泉町長　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(廃止)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　　電話　　(　　)

氏　名　　印

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、福祉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、福祉課へ提出してください。

3 この届出書は上限管理開始年月の月末までに福祉課へ提出してください。

4 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。