

# 利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定障害者等氏名	フリガナ	受給者証番号	
スギナミ タロウ	スギナミ タロウ	0000012345	
杉並 太郎	(児童氏名)	生年月日	
		昭和50年 2月 1日	
		(生年月日)	
フリガナ	スギナミ イチコ	該当の場合のみご記載 ください。(18歳以下)	平成25年 3月 1日
杉並 一子			

## 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、令和 ●年 2月 1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

所在地: 杉並区南阿佐谷南〇〇-〇〇 TEL:03-3312-●●●●

上限額管理事業者及びその事業所の名称

杉並事業所 (事業所番号:1311500000)

事業所が記入する欄です。

新規の場合も、年月日  
をご記載ください。  
管理が始まる月の1日  
から適用になります。

事業所を変更する場合の事由等

変更年月日

令和 ●年 2月 1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)

杉並区長 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。

令和 ●年 2月 1日

住所

杉並区阿佐谷南\*\*\*

電話 03-3312-\*\*\*\*

氏名

杉並 太郎

市町村  
確認欄

- 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、杉並区役所保健福祉部認定・給付係へ提出してください。
- 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、杉並区役所保健福祉部認定・給付係へ提出してください。
- 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。