

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

通所給付決定保護者氏名	受給者証番号
フリガナ スギナミ タロウ	0000012345
杉並 太郎	生年月日
	昭和 50年 2月 1日
児童氏名	生年月日
フリガナ スギナミ イチコ	平成 30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。

事業所が記入する欄です。

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)

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 (保護者氏名)

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児童支援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児童支援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。