



## 利用者負担上限額管理事務

- 依頼  
 変更 届出書  
 取消

(あて先) 奈良市長

児童氏名		受給者証番号	
フリガナ		生年月日	
		年	月 日
開始・変更・取消適用年月		令和	年 月
変更・取消	事業所を変更・取消する場合の事由等 ※事業所を変更・取消する場合は必ず記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 利用事業所変更 <input type="checkbox"/> 事業所番号変更 <input type="checkbox"/> その他( ) 変更・取消前の事業所への連絡( <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)		
届出者記入欄	(依頼・変更) <input type="checkbox"/> 下記の指定サービス事業所に利用負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、利用者負担の上限管理をするために、私にサービスを提供した事業所が下記届出事務所にサービスの利用状況等の情報を提供することに同意します。		
	(取消) <input type="checkbox"/> 指定サービス事業所での利用者負担上限額管理事務は、その必要性がなくなったので、取り消しを届出します。		
	令和 年 月 日		
	住所 氏名 電話 ( )		
事業所記入欄	利用者負担額上限管理を依頼(変更)した事業者 ※取消の場合以下記入不要		
	上記の者より、令和 年 月 日にあった利用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 上限額管理事業者及びその事業所の名称 上限管理事業所番号		
市町村 確認欄			

- この届出書は、利用負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて奈良市障がい福祉課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・取消するときは、変更・取消年月日を記入のうえ、奈良市障がい福祉課へ提出してください。
- この届出書の提出がない場合、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。