

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

児童氏名	受給者証番号
フリガナ	
	生年月日
	年 月 日

利用者負担額上限管理を依頼（変更）した事業者

上記の者より、 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

印

上限管理事業所番号

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

(あて先)

奈良市長

上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上記届出事務所にサービスの利用状況等を情報を提供することに同意します。

年 月 日

住所

氏名

電話

()

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するときは、変更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。