

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	受給者番号	
フリガナ		
	生年月日	
	昭・平・令 年 月 日	
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、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		
上限額管理事業者の事業所番号		
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 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)		
(提出先) 江南市長		
上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限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。		
年 月 日		
申請者	住所	氏名
	電話	()
市町村 確認欄		

- この届出書は、利用者負担の上限管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、江南市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、江南市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。