

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

支給決定児童氏名		受給者証番号	
(フリガナ)			
		児童生年月日	
		年	月 日
利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者			
<p>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事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p>			
事業所を変更する場合の事由等		変更年月日	
		年 月 日	
<p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡（<input type="checkbox"/>済 <input type="checkbox"/>未）</p>			
<p>(提出先)</p> <p>知多市福祉事務所長 様</p> <p>上記の指定通所支援事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届け出します。 また、利用者負担の上限額管理のために、通所支援を提供した事業所が上記届出事業所に利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p>氏名</p>			
市確認欄			

- 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、知多市子ども若者支援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、知多市子ども若者支援課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。

利用者負担上限額管理事務

保護者の方が記入
してください。

届

記入例

支給決定児童氏名 フリガナ) チ タ イ チ ロ ウ	受給者証番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
知 多 一 郎	児童生年月日 令和 3 年 4 月 5 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、令和5年12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

知多市緑町1000番地

電話 0562-00-0000 FAX 0562-00-0001

上限額管理事業者及びその事業所の名称

児童発達支援 アイチタ

(事業所番号 0987654321)

新規の場合は【市確認欄】に
開始日を記載してください。

事業所を変更する場合の事由等

変更年月日

令和5年12月1日

※事業所を変更する場合は必ず記入してください。

契約日数が変更前の上限額管理事業所より多くなったため。

変更前の事業所への連絡 (済 未)

(提出先)

知多市福祉事務所長 様

事業所の方へ記入を
依頼してください。

上記の指定通所支援事業所へ管理を依頼する
また、利用者負担の上限額管理のために、通所支援を提供した事
に利用状況等を情報提供することに同意します。

保護者の方が記入
してください。

令和5年 12月 5日

住所 知多市緑町1234番地

電話 080(0000)1111

氏名 知多 太郎

市確認欄

- 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、知多市子ども若者支援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、知多市子ども若者支援課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。