

利用者負担上限額管理事務依頼(変更・終了)届出書

 障害者総合支援法内サービス 児童福祉法内サービス

受給者 又は 給付決定 保護者	受給者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
支給決定 に係る児童	受給者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
支給決定 に係る児童 ※管理を依頼す る障害児が 同一世帯に 複数いる場合	受給者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日
利用者負担上限額管理を依頼(変更・終了)した事業者		
(事業者記入欄)		
<input type="checkbox"/> 上記の者より、令和 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。		
<input type="checkbox"/> 上記の者より、令和 年 月 日に依頼のあった利用者負担上限額管理の終了の件につきましては、下記上限額管理終了年月をもって、利用者負担の上限額管理事務を終了することを承諾します。		
上限額管理事業所所在地及び連絡先		
上限額管理事業者名称及び事業者番号		
上限管理開始(終了)年月 令和 年 月 提供サービス分より(まで)		
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	令和 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)		
(宛先)		
鎌倉市長		
上記のサービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼(変更・廃止)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、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 月 日		
住所		
電話 ()		
氏名		
(18歳未満の児童の場合は保護者氏名)		
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、鎌倉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、鎌倉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。