

利用者負担上限額管理依頼(変更)届出書

利用者氏名(フリガナ)	受給者番号		
	生年月日		
上限管理を依頼(変更)した事業者			
上記の者より利用者負担上限額管理について依頼がありましたので、責任を持って上限額管理を行うことを承諾します。			
管理事業所所在地及び連絡先			
管理事業者及びその事業所の名称 ㊞			
事業所番号:			
適用年月日 (原則、届出月の1日または未来日)※	新規・変更	令和	年 月 日
事業所を変更する事由等(変更の場合のみ記入)			
変更前の事業所への連絡(□済 □未)			
福津市長殿			
上記の指定サービス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ます。 また、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。			
届出日 令和 年 月 日			
利用者 住所			
(18歳未満の場合は保護者) 氏名 電話 ()			
市町村 受給者証・シール ⇒ 送付先 確認欄			

- この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、速やかに市へ提出して下さい。
届出書の提出が遅延した場合、さかのぼって上限管理を適用することはできません。
 - 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。
- ※福祉サービスを新たに利用開始する等の理由で、支給決定の始期に合わせて適用開始する場合はこの限りではありません。