

# 利用者負担上限額管理事務廃止届出書

利用者氏名	受給者番号
フリガナ)	
	生年月日
利用者負担上限額管理事務を廃止した事業者	
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廃止の件につきまして、承諾いたします。	
上限額管理事務を廃止する事業所の所在地及び連絡先	
上限額管理事務を廃止する事業所	Ⓜ
事業所番号:	
上限額管理事務を廃止する場合の事由等	廃止年月日 令和 年 月 日
※必ず記入してください。	
他のサービス提供事業所への連絡(□済)	
福津市長	
上記の指定サービス事業所による利用者負担上限額管理事務を廃止することを届出します。	
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 確認欄	

この届出書は、利用者負担の上限管理事業所の承諾を得た上で、受給者証を添えて、福津市へ提出してください。