

# 記載例

## 利用者負担上限額管理依頼（変更）届出書

利用者氏名	受給者番号	
フリガナ	0000000000	
〇 〇 〇 〇	生年月日	
	〇 年 〇 月 〇 日	
上限額管理を依頼（変更）した事業者		
上記の者より、〇年〇月〇日にあった上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って上限額管理を行うことを承認します。		
管理事業所所在地及び連絡先	住所 電話番号	
管理事業者及びその事業所の名称	事業所名 代表者氏名	事業所印 又は 代表者印
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	〇年〇月〇日
※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）		
太宰府市福祉事務所長 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出します。 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。		
〇年〇月〇日		
利用者 保護者	住所 氏名 氏名	太宰府市〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 電話 000-000-0000
市町村 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、受給者証を添えて、太宰府市へ提出してください。
- 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、太宰府市へ届出ください。
- 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。