

記入例

事業所・保護者記入後、受給者証と一緒に区へ提出してください。

第33号様式（第16条関係）

利用者負担上限額管理依頼（変更）届出書

事業所が 記入・押印	通所給付決定に係る児童氏名	受給者証番号
	フリガナ オオタ タロウ	0 1 0 0 0 1 2 3 4 5
	氏名 大田 太郎	生年月日 平成〇年 〇月 〇日
上限額管理を依頼（変更）する事業者		
上記の者より、平成〇年 〇月 〇日にあつた上限額管理の依頼の件については、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 大田区〇〇〇 〇-〇-〇 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
管理事業者及びその事業所の名称 〇〇〇事業所 社印		
事業所を変更する場合の事由等 変更年月日 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（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未）		
(宛先) 大田区長		
上記の指定障害児通所支援事業所に、利用者負担上限額管理を依頼したことを届け出ます。		
また、上限額管理のために、サービスを提供した事業者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。		
保護者が 記入・押印	平成〇年 〇月 〇日	
	通所給付決定保護者 住所 大田区〇〇〇 〇-〇-〇	
	電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
	氏名 大田 一郎	本印
大田区確認欄		

- この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まりましたら、受給者証を添えて所管の（担当部課名）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上、受給者証を添えて所管の（担当部課名）へ届け出てください。
- この届出書の届出がない場合は、利用者負担額をいったん全額負担していただくことがあります。