

利用者負担上限額管理依頼（変更）届出書

通所給付決定に係る児童氏名		受給者証番号			
フリガナ					
氏名		生年月日			
		年	月	日	
上限額管理を依頼（変更）する事業者					
<p>上記の者より、 年 月 日にあつた上限額管理の依頼の件については、責任を持つて上限額管理を行うことを承諾します。</p> <p>管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>管理事業者及びその事業所の名称</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>					
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	年	月	日	
<p>※事業所を変更する場合は、必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡（<input type="checkbox"/>済 <input type="checkbox"/>未）</p>					
<p>（宛先）大田区長</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>通所給付決定保護者 住所</p> <p style="padding-left: 150px;">電話番号 ()</p> <p style="padding-left: 150px;">氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>					
大田区確認欄					

- 1 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。
- 2 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。
- 3 この届出書の届出がない場合は、利用者負担額をいつたん全額負担していただくことがあります。