

サービスを利用しているかたのお名前を記入してください

# 上限額管理事務依頼

受給者証の(一)ページ目をご確認ください。

フリガナ	被害者等氏名	受給者証番号
ナカ ジロウ	那珂 次郎	000000000
		生年月日
		明・大・昭・平
		20年 2月 2日

## 利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者

上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。

### 事業所記入欄

上限額管理事業所所在地及び連絡先

〒●●●-△△△

〇〇市▽▽町●●

TEL:◆◆◆-■ ■■-●●●

上限額管理事業者及びその事業所の名称

●●事業所



事業所を変更する場合の事由等

変更年月日

令和 年 月 日

※事業所を変更する場合は必ず記入してください

すでに登録している上限管理事業所を他事業所へ変更する場合は記入してください。

所への連絡(□済 □未)

(提出先)

那珂市長 様

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、利用者負担の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

年 月 日

住所 那珂市 福田1819-5

氏名 那珂 太郎

サービスを利用しているかたのお名前を記入してください。(18歳未満は保護者氏名)

電話 029 ( 298 ) 1111

福祉事務所  
確認欄

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業者が決まり次第、受給者証を添えて、那珂市へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、那珂市へ提出してください。
- 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。