

利用者負担上限額管理結果票

令和 年 月分

|                   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 市町村番号             |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者証番号            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定障がい者等<br>氏名   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給決定に係る<br>障がい児氏名 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 管理事業者             | 指定事業所番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                   | 事業所及びその事業所の名称 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

利用者負担上限月額

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

利用者負担上限額管理結果

|  |
|--|
|  |
|--|

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

|              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 利用者負担額集計・調整欄 | 項番          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 事業所番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 事業所名称       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 総費用額        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 利用者負担額      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|              | 管理結果後利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|--------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 利用者負担額集計・調整欄 | 項番          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|              | 事業所番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|              | 事業所名称       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 合計 |
|              | 総費用額        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|              | 利用者負担額      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |
|              | 管理結果後利用者負担額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |

上記内容について確認しました。

令和 年 月 日