

(大阪市様式)

利用者負担上限額管理 依 頼
 変 更 届出書
 取 消

(届出先) 大阪市長

支給決定障がい者等氏名		受給者証番号																					
フリガナ																							
		生年月日																					
		明・大・昭・平 年 月 日																					
下記の指定サービス事業所が私の利用者負担の上限額管理を行うこと（取消の場合は、上限額管理を行わなくなることを）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下記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。																							
令和 年 月 日																							
住 所		電話 ()																					
氏 名																							
利用者負担上限額管理事業所																							
(依頼・変更の場合) <input type="checkbox"/> 上記の者から依頼のあった利用者負担上限額管理事務については、責任を持って行うことを承諾します。																							
(取消の場合) <input type="checkbox"/> 上記の者の利用者負担上限額管理事務は、その必要性がなくなったので、上限額管理事業所としての届出を取り消すことを承諾します。																							
<input type="radio"/> 上限額管理開始（変更・取消）日 令和 年 月 日																							
事業所の名称 _____																							
事業所番号 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
事業所所在地 _____																							
事業所連絡先 () _____																							
(変更の場合は以下の欄も記入)																							
変 更	変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未																					
	変更理由	<input type="checkbox"/> 利用事業所変更 <input type="checkbox"/> 事業所番号変更 <input type="checkbox"/> その他 ()																					
大阪市確認欄																							

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、区保健福祉センターへ提出してください。(依頼する事業所を変更する場合や、届出を取り消す場合も同様です。)
- 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。