様式第17号

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

フ　リ　ガ　ナ		受給者証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日
フ　リ　ガ　ナ		生　年　月　日	年　　月　　日
支給決定に係る児　童　氏　名			

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。

上限額管理事業所所在地及び連絡先

上限額管理事業者及びその事業所の名称

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（□済　□未）

（あて先）木城町長　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

利用者　住所

電話　　（　　）

氏名

市町村確認欄

1　この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて障害福祉課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うえ障害福祉課へ届出ください。
3　この届出書の届出がない場合は、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。