

利用者負担上限額管理事務（変更）届出書

（あて先）姫路市長

支給決定障害者等氏名		受給者番号			
フリガナ					
		生年月日			
		昭・平・令 年 月 日			
<p>下記の指定サービス事業者が利用者負担の上限額管理を行うことを承諾します。</p> <p>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届出事業者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 style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 氏名</p>					
利用者負担上限額管理を行う（変更した）事業者					
<p>上記の者の利用者負担上限額管理事務を、責任を持って行うことを届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所番号 事業所の名称 所在地 連絡先 () -</p>					
変更	変更年月日	令和 年 月 日			
	事業者変更の場合の事由等 ※変更の場合は必ず記入してください。				
変更前の事業者への連絡 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)					

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を行う事業者が決まり次第、障害福祉サービス受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理事業者の変更が生じた場合は、変更年月日を記入の上、障害福祉サービス受給者証を（変更前の上限額管理者が地域生活支援事業者であった場合は、地域生活支援事業受給者証も）添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 届出書の届出がない場合、該当利用者に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。

利用者負担上限額管理事務（変更）届出書

（あて先）姫路市長

支給決定障害者等氏名		受給者番号			
フリガナ					
		生年月日			
		昭・平・令 年 月 日			
<p>下記の指定サービス事業者が利用者負担の上限額管理を行うことを承諾します。</p> <p>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届出事業者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 style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 氏名</p>					
利用者負担上限額管理を行う（変更した）事業者					
<p>上記の者の利用者負担上限額管理事務を、責任を持って行うことを届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所番号 事業所の名称 所在地 連絡先 () -</p>					
変更	変更年月日	令和 年 月 日			
	事業者変更の場合の事由等 ※変更の場合は必ず記入してください。				
変更前の事業者への連絡（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未）					

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を行う事業者が決まり次第、障害児通所支援事業等受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理事業者の変更が生じた場合は、変更年月日を記入の上、障害児通所支援等受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 届出書の届出がない場合、該当利用者に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。

利用者負担上限額管理事務（変更）届出書

（あて先）姫路市長

支給決定障害者等氏名		受給者番号			
フリガナ					
		生 年 月 日			
		昭・平・令 年 月 日			
<p>下記の指定サービス事業者が利用者負担の上限額管理を行うことを承諾します。</p> <p>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届出事業者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 style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 氏名</p>					
利用者負担上限額管理を行う（変更した）事業者					
<p>上記の者の利用者負担上限額管理事務を、責任を持って行うことを届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所番号 事業所の名称 所在地 連絡先 () -</p>					
変 更	変 更 年 月 日	令和 年 月 日			
	事業者変更の場合の事由等 ※変更の場合は必ず記入してください。				
変更前の事業者への連絡 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)					

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を行う事業者が決まり次第、地域生活支援事業受給者証を添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理事業者の変更が生じた場合は、変更年月日を記入の上、地域生活支援事業受給者証を（変更前の上限額管理者が障害福祉サービス事業者であった場合は、障害福祉サービス受給者証も）添えて、障害福祉課へ提出してください。
- 届出書の届出がない場合、該当利用者に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。