

利用者負担上限額管理事務依頼 新規 変更 取消 届出書

※該当するものにチェックを付けてください。

児童氏名	受給者証番号
フリガナ -----	
フリガナ -----	
フリガナ -----	

利用者負担上限額管理を依頼した（変更後の）事業者記載欄

下記の者から依頼があった利用者負担の上限額管理事務につきましては、責任を持って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

上限管理開始月：令和 年 月

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。

変更前の事業所への連絡（済 未）

（宛先）富山市長

上記事業所に対する利用者負担の上限額管理事務の依頼について

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務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。

取消します。

令和 年 月 日

（通所給付決定保護者）

住所：

氏名：

電話： - -

市町村  
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、富山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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、富山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。