（様式1）

利用者負担上限額管理事務依頼届出書

支給決定児童氏名	生年月日	受給者証番号
フリガナ	平成 令和　　年　　月　　日	

依頼種別	新規　・　変更　・　終了 適用年月：令和　　年　　月
変更・終了の理由	変更・終了前の事業所への連絡（□済　□　未）

利用者負担上限額管理を依頼した事業者

上記の者より、令和　　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、責任を持って令和　　年　　月分より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

（提出先）　　※終了の場合、保護者の記載は不要

千歳市福祉事務所長　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。

令和　　年　　月　　日

住　所

電話番号　　（　　）

支給決定保護者等氏名

1　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、千歳市へ提出してください。
2　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、千歳市へ提出してください。
3　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。