

# 記入見本

## 利用者負担上限管理事務依頼(変更・廃止)届出書

新規     変更     廃止

令和                      年                      月                      日

藤 沢 市 長

届出される方の氏名等を記入してください。

(届出者)  
住 所  
氏 名  
電 話

次のとおり、利用者( )することを届け出ます。  
また、利用者負担の( )した事業所が次の届け出事業所にサービス  
利用状況等を情報提供( )することとなります。

受給者証に記載されている受給者(保護者)氏名を記入して

受給者(保護者)氏名

(本人の署名又は記名・押印)

印

利用者①	受給者番号	フリガナ	氏名	生年月日	平成・令和	年	月	日
利用者②	受給者番号	フリガナ	氏名	生年月日	平成・令和	年	月	日
利用者③	受給者番号	フリガナ	氏名	生年月日	平成・令和	年	月	日

利用者(児童)の受給者番号・氏名・生年月日を記載してください。きょうだい利用の場合は、きょうだい分ご記入ください。

名称	所在地	電話番号	事業所番号
上記のサービス利用者より、平成 年 月 日に提供依頼があった利用者負担上限額管理の件につきましては、当事業所において責任を持って事務を行います。			
管 理 者		印	
適用年月日	令和 年 月提供分から適用		
変更事由			
変更前の事業所への連絡	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 未	

- この届出書は、利用者負担上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、現在使用中の受給者証を添えて、市に提出してください。(但し、新規利用の方を除く)
- 利用者負担の上限額を、市に提出してください。
- この届出書による上限管理を依頼する事業所へ記入・押印をご依頼ください。

決裁年月日	施行年月日	処理	担当