

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

サービス利用者の方は、太線の枠内を記入し、依頼事業所へ提出してください。

| | | | |
|---|--|----------------|--|
| 支給決定障害者等氏名 | | 受給者証番号 | |
| フリガナ | | | |
| ----- | | 生年月日 | |
| | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| 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、平成 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 | | | |
| 印 | | | |
| 事業所を変更する場合の事由等 | | 変更年月日 | |
| 事業所を変更する場合は必ず記入してください。 | | 平成 年 月 日 | |
| 変更前の事業所への連絡(済 未) | | | |
| (あて先) | | | |
| 松本市長 | | | |
| 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。 | | | |
| 平成 年 月 日 | | | |
| 住所 | | | |
| 氏名 | | | |
| 電話 () | | | |
| 松本市 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、**依頼事業所**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、**新依頼事業所**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。

利用者負担上限額管理結果票

平成 年 月分

| | |
|--------------|-----------|
| 市町村番号 | 2 0 2 0 2 |
| 受給者証番号 | |
| 支給決定障害者等氏名 | |
| 支給決定に係る障害児氏名 | |

| | |
|---------|---------------|
| 指定事業所番号 | |
| 管理事業所 | 事業所及びその事業所の名称 |

| | | |
|-----------|--|--------------|
| 利用者負担上限月額 | | 社会福祉法人等軽減対象者 |
|-----------|--|--------------|

利用者負担上限額管理結果

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 利用者負担額集計・調整欄 | 項番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 管理結果 | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 介護給付費等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
| 利用者負担額集計・調整欄 | 項番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 | |
| | 総費用額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 管理結果 | 利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 社会福祉法人等軽減額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 介護給付費等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記内容について確認しました。

平成 年 月 日
支給決定障害者等氏名

