

【提出先】 調布市 福祉健康部 障害福祉課 サービス支援係 〒182-8511 調布市小島町2-35-1
(TEL)042-481-7135 (FAX)042-481-4288 (mail)syougai@city.chofu.lg.jp

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

支給決定 障害者 (保護者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児童氏名	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
上限管理を行う サービスの 受給者証番号	障害福祉サービス	30000
	児童福祉通所	40000
利用者負担 上限額管理を 依頼(変更)した 事業者	事業所名称	事業所番号()
	所在地	
	連絡先	
	開始(変更)年月	年 月利用分から

調布市長 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。

届出者	届出年月日	年 月 日
	氏名	
	住所	
	連絡先	

- 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、障害福祉課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、障害福祉課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。

市確認欄	受領印	入力	年 月 日 ()
		送付	年 月 日 ()
		備考	