

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

通所給付決定保護者氏名		受給者証番号	
フリガナ			
児童氏名		児童生年月日	
フリガナ			
		年 月 日	
利用者負担上限額管理を依頼(変更)した事業者			
<p>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、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称</p> <p>事業所番号: 印</p>			
事業所上限額管理開始年月		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(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)			
(提出先)			
上尾市長 様			
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p> <p>電話 ()</p>			
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、上尾市障害福祉課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、上尾市障害福祉課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事務依頼(変更)届出書」について

現在、複数のサービスの支給決定を受けている人、または複数の事業者と契約をしている人で、1か月当たりの利用者負担合計額が、今回認定された上限額に達する可能性がある人については、事業者を一つ選び、上限額の管理を依頼することになります。

以下の順序にしたがって事業者を選び、負担上限額の管理を当該事業者に依頼してください。

①居住系サービス

療養介護事業所、ケアホーム・グループホーム事業所(体験利用の場合を除く)、障害者支援施設、旧法指定施設(入所)。

②日中活動系サービス

生活介護事業所、障害児通所支援事業所、自立訓練事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援事業所、旧法指定施設(通所)。

③訪問系サービス

居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、行動援護事業所、重度障害者等包括支援事業所。

④短期入所サービス

短期入所事業所。

⑤ケアホーム・グループホーム(体験利用の場合に限る)事業所。

事業所から同意の記入を受けましたら、すみやかに上尾市役所障害福祉課へ受給者証を添えて届出書を提出くださるようお願いいたします。

担当:上尾市障害福祉課 地域支援第一・第二担当

電話:048(775)5122

FAX:048(776)8872