


利用者負担のある利用者の方で複数の事業所を利用されている場合や同一世帯の中で複数の児童(きょうだい)が事業所を利用する場合で、一月の利用者負担額(きょうだいの場合、合計額)が利用者負担上限月額を超えることが見込まれる場合、利用者負担の上限管理が必要となります。

なお、同一世帯で複数の児童(きょうだい)が利用する場合は、それぞれ利用児童ごとに届出書を提出する必要があります。

『利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書』は、利用者負担上限額の管理をする事業所登録のために提出いただく書類です。上限額管理者を決定されたら、この書類を下記記入例を参考に記入していただき、受給者証に添えて、速やかに桑名市役所子ども総合センター子ども発達・小児在宅支援室へご提出ください。

## 記 入 例

### 利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

給付決定者氏名 クワナ タロウ		受給者証番号 24204×××××	
桑名 太郎		生年月日 〇〇 △△年 △月 △日	
		対象児童氏名 クワナ シロウ	
桑名 次郎		生年月日 〇〇 △△年 △月 △日	
上限管理事務を依頼するサービス (該当サービスにチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス ・ <input checked="" type="checkbox"/> 障害児通所支援		
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、令和〇年 5 月 1 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。			
上限管理開始年月 <u>令和〇年5月提供分より</u>			
上限額管理事業所所在地及び連絡先 桑名市〇〇町×××番地××			
上限額管理事業者及びその事業所の名称 △△△△△△△△△△△△ 			
上限額管理事業者番号 × × × × × × × × × ×			
事業所を変更する場合の事由等(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 checked="" type="checkbox"/> 済			
(あて先) 桑名市福祉事務局長 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。 令和〇年5月 1 日 住 所 桑名市〇〇町×××番地×× 氏 名 桑名 太郎 電話(××××) ××-××××			

この欄には、給付決定者(保護者)の受給者証番号、氏名、生年月日を記載してください。

この欄には、お子様の氏名、生年月日を記載してください。

どちらかにチェックを入れてください。

この欄は、上限額管理事業所となる事業所に記入してもらってください。似たような事業所名もありますので、事業所番号は正確に記入してもらってください。

上限管理事業所を変更する場合に変更事由等を記入してください。上限管理事業所を変更する場合、変更前の事業所に連絡してください。

受給者証に記載されている給付決定者等(保護者)の住所、氏名を記入してください。電話番号も記入してください。

- 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、桑名市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、桑名市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。