京田辺市地域生活支援事業(移動支援・日中一時支援)
利用者負担上限管理事務依頼(変更)届出書

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・平・令・西暦 年　月　日

利用者負担上限管理を依頼(変更)した事業者

下記の者より、　　年　月　日にあった利用者負担上限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管理事務を行うことを承諾します。

上限管理事業所所在地及び連絡先

上限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	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(□済　□　未)

(提出先)

京田辺市長

上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限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。

年　月　日

住　所

電話　(　)

氏　名

市町村
確認欄

1　この届出書は,上限管理を依頼(変更)する事業所を通じて,京田辺市に提出してください。