

利用者負担上限額管理事務廃止届出書

支給決定保護者等氏名		受給者証番号	
(昭・平 年 月 日生)			
児童氏名			
(平・令 年 月 日生)			
利用者負担上限額管理事務を廃止した事業者			
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廃止の件について、承諾いたします。 上限額管理事務を廃止する事業所の所在地及び連絡先 上限額管理事務を廃止する事業者及びその事業所の名称			
上限額管理事務を廃止する場合の事由等		廃止年月日	令和 年 月 日
※上限額管理事務を廃止する場合は必ず記入してください。			
他のサービス提供事業所への連絡（ ☐ 済 ☐ 未）			
(提出先) 日田福祉事務所長 あて 上記の指定障害児通所支援事業所等による利用者負担上限額管理事務を廃止することを届出します。 令和 年 月 日 住 所 氏 名 電話 ()			
市町村 確認欄			

- 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の承諾を得た上で、受給者証を添えて、療育支援課へ提出してください。
- 2 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。