

# 利用者負担上限額管理事務廃止届出書

支給決定障害者等氏名		受給者証番号	
		生年月日	
利用者負担上限額管理を廃止した事業者			
<p>上記の者より、依頼のあった利用者負担上限額管理事務廃止の件につきましては、下記廃止年月日をもって、利用者負担上限額管理事務をとりやめることに承諾します。</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>			
事業所を変更する場合の事由等		廃止年月日	年 月 日
※上限管理事務を廃止する場合は必ず記入してください。			
1のサービス提供事業所への連絡( <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未			
(提出先)			
鹿児島市長 様			
上記の指定サービス事業所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。			
年 月 日			
住 所			
氏 名			
電 話			
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、鹿児島市へ提出してください。