　　　　　　　　　利用者負担上限額管理事務終了届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給決定障がい者等氏名 | 生年月日 | 受給者証番号 |
| ふりがな  氏名 | 年 　 月 　 日 |  |
| 利用者負担上限額管理を終了した事業者 | | |
| 上記の者にかかる利用者負担の上限額管理事務を終了したことを届け出ます。  上限額管理事業所事業所番号  上限額管理事業所所在地及び連絡先  上限額管理事業者及びその事業所の名称  　　　　管理終了月　　　　　　　　　　　年　　　月まで | | |
| （提出先）  佐世保市福祉事務所長　様  　　　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終了することを届出します。    年 月 日  住　所  電話　　　　　（　　　　）  氏　名 | | |
| 市町村確認欄 | | |

1. この届出書は、利用者負担の上限額管理を終了する事実が判明次第、受給者証を添えて、佐世保市障がい福祉課へ提出してください。