

利用者負担上限額管理取消届出書

支給決定障害者等氏名	受給者証番号
	生年月日
	年 月 日

下記の指定サービス事業所が私の利用者負担の上限額管理を行わなくなることを届出します。

令和 年 月 日

住 所 _____

電話番号 () _____

氏 名 _____

利用者負担上限額管理事業所																			
上記の者の利用者負担上限額管理事務は、その必要性がなくなったので、上限額管理事業所としての届出を取消すことを承諾します。 上限額管理取消日 令和 年 月 日 <table><tr><td>事業所番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 事業所の名称 事業所所在地 及び連絡先 印										事業所番号									
事業所番号																			

1 この届出書は、受給者証を添えて、北名古屋市へ提出してください。