様式第3号（第6条関係）

徴収予定額減額等申請書

日南町長　　　　殿

次のとおり徴収予定額の全部（一部）を負担することができないため、減額等をされるよう、日南町老人福祉施設入所等措置費徴収規則第6条第2項の規定により申請します。

　　　年　　月　　日

住所

申告者

氏名　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人 | 住所 |
| 氏名 　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所施設等 | 種別 |  |
| 名称 |  |
| 被措置者の氏名 | （申告者との続柄　　　） |
| 現在の徴収額 | 円 |
| 負担することができない額 | 円 |
| 負担することができない期間 | 　　　　年　　月　　日から年　　月　　日まで |
| 負担することができない理由 |  |

注1　「代理人」欄は、申告者に代わってその代理人が本書を作成した場合に記入すること。

2　「入所施設等」欄は、被措置者の入所している施設又は養護受託者について記入すること。

3　負担することができない理由を証する書類を添付すること。