様式第2号（第3関係）

徴収予定額変更通知書

（被徴収者）

　　　　　　　　殿

下記の身体障害者更生援護施設入所者に係る身体障害者福祉法第18条に規定する措置に要する費用について、同法第38条の規定に基づきあなたから徴収する額を、下記のとおり変更しましたので、日南町　身体障害者更生援護施設入所等措置費徴収規則第5条の規定により通知します。

今後、毎月納入していただく額については、おって決定の上通知します。

　　　　年　　月　　日

日南町長

記

|  |  |
| --- | --- |
| 入所者氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 徴収予定額 | 当初予定額 | 減額等変更額 | 変更後の額 |
| 円 | 円 | 円 |
| 変更する期間 |  |
| 変更理由 |  |

この通知の内容について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、町長に対して異議を申し立てることができます。