様式第3号（第3・第8関係）

徴収予定額減額申請却下通知書

（申請者）

　　　　　　　　殿

あなたから申請のあった徴収予定額の減額等については、下記のとおり承認できませんので、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6条第4項の規定により通知します。

　　　　年　　月　　日

日南町長

記

|  |  |
| --- | --- |
| 入所者氏名 |  |
| 施設名 |  |
| 不承認の理由 |  |

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。