

費用徴収額変更申請書

平成 年 月 日

(あて先)

区社会福祉事務所長

申請者 住所
氏名

㊞

平成 年 月 日付け第 号により決定されました費用
徴収額については、下記の理由により負担能力に変動が生じ
ましたので、徴収額の変更をしていただきたく申請します。

記

入所者氏名	施設名又は養護受託者名	現在の徴収額 月額 円
徴収額の変更を必要とする理由		