(様式第6号)

費用徴収額減免決定通知書

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

長

　　　　　　年　　月　　日付で申請のあった老人福祉施設への入所等に係る費用徴収額の減免については、下記のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被措置者氏名 | |  | |
| 措置施設等 | 名称 |  | |
| 区分 | 養護・盲養護・特養・養護委託 | |
| 決定区分 | 当初の決定額 | 今回減免する額 | 減免後の徴収額 |
| 金額 | 円 | 円 | 円 |
| 備考 |  | | |

(教示)

この決定に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に町長に対して異議申立をすることができます。