児童措置等費用徴収額変更申請書

年　　月　　日

　　　福祉事務所長（児童（・障害者）相談センター長）　殿

申請者　住　　所

氏　　名

　　年　　月　　日付け第　　　号により決定されました、児童措置等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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入所児氏名 | 施設名 | 現在の徴収額  月額　　　 　円（　　　階層） |
| 徴収額の変更を必要とする理由 | | |

　備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。