足　福　第　　　号

　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　様

足寄町長

利用者負担額決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記に記載のある方は口座振替納付です。

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |

　　　　　 様

　利用者負担額については、以下のとおり決定しましたので通知いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童の氏名及び生年月日 | 　　　　年　　月　　日生 |
| 所得階層 |  | 所得調定額 | 　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 決　定　額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ４月分 | ５月分 | ６月分 | ７月分 | ８月分 | ９月分 |
| 　　　　　 円 | 　　　　 　円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 |
| 10月分 | 11月分 | 12月分 | １月分 | ２月分 | ３月分 |
| 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 | 　　　　　 円 |

【問い合わせ先】

足寄町福祉課

住所

電話