

美 第 号
年 月 日

様

美唄市長 印

医療費決定通知書

年 月 日付けで申請のありました医療費の助成について、次のとおり決定いたしましたので
通知します。

決 定 内 容		1 助 成 決 定	2 却 下
助 成 の 内 容	対 象 種 別	1 重度心身障がい者 3 子ども	2 ひとり親家庭等
	医 療 機 関 領 収 金 額 ①	円	
	付 加 給 付 等 金 額 ②	円	
	保 険 適 用 外 ③	円	
	助 成 決 定 額 ④ ① - ② - ③ = ④	円	
却 下 理 由			
備 考			

- 1 この処分に不服がある場合には、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、美唄市長に審査請求をすることができます。
- 2 この処分について不服がある場合には、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、美唄市を被告として（訴訟において美唄市を代表する者は美唄市長となります。）、札幌地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することができます。
- なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

振 込 予 定 日	年 月 日 ()			
振 込 先 口 座	金 融 機 関 名		口 座 番 号	
	支 店 名		口 座 名 義	

- *個人情報保護のため、口座の下4桁のみ表示しています。
- *お届けいただいた口座情報に誤り等があった場合、上記のお振込予定日に振込できないことがあります。