様式第6号(第7条関係)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国頭村重度心身障害者(児)医療費  助成(停止・停止解除)通知書  年　　月　　日  様  国頭村長  あなたの重度心身障害者(児)医療費助成については、下記の理由により(停止・停止解除)しましたので通知します。 | | | |
|  | 氏名 |  |  |
|  | 住所 |  |  |
|  | (停止・停止解除)理由 |  |  |
|  | (停止・停止解除)期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |  |
|  | | | |