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 |  |
|  |