様式第8号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 国頭村重度心身障害者(児)医療費助成決定通知書年　　月　　日　　　様国頭村長　　　　　　　　　　　　年　　月　　日付けで申請のありました重度心身障害者(児)医療費助成については、次のとおり決定しましたので通知します。 |
|  | 決定額 | 金　　　　　　　　　　　　円 |  |
|  | 支払期日 | 年　　　月　　　日 |  |
|  | 支払場所 |  |  |
| ※備考 |