様式第3号(第９条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 母子及び父子家庭等医療費受給者証交付申請却下決定通知書 | 　 |

号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

国頭村長

　　　　　年　　　月　　　日付けで申請のあった母子及び父子家庭等医療費受給者証交付申請については、審査の結果、次の理由で対象者と認められませんので通知します。

氏名

理由

この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３ヶ月以内に、書面で、国頭村長に対して審査請求をすることができます。