様式第8号(第14条関係)

号

〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

国頭村長　　　　　　　印

国頭村医療費助成決定通知書

【　母子及び父子家庭等医療費　】

　先に申請のありました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 | 　　　円 |
| 支払予定日 | 　　年　　月　　日 |
| 支払方法 |  |
| 口座 |  |

支給対象医療費

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | 診療を受けた医療機関 | 助成対象者 | 助成額 |
| 高額療養費 | 付加給付額 | 自己負担額 |
| 　　年　 月 |  |  |  |
|  |  |  |
| 　　年　 月 |  |  |  |
|  |  |  |
| 　　年　 月 |  |  |  |
|  |  |  |
| 　　年　 月 |  |  |  |
|  |  |  |
| 　　年　 月 |  |  |  |
|  |  |  |
| 　　年　 月 |  |  |  |
|  |  |  |

国頭村役場　　　課