様式第10号(第16条関係)

母子及び父子家庭等医療費受給資格消滅通知書

号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

国頭村長

次のとおり、母子及び父子家庭等医療費受給資格が消滅しましたので、通知します。

1　消滅者氏名

2　消滅した年月日　　　　　　　年　　　　月　　　日

3　消滅した理由

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。