文書番号

　　年月日

　　　　　　　　　　　　　　様

国頭村長　　　　　　　　　印

自立支援医療給付決定通知書

　年　　月　　日に申請された障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による自立支援医療の給付について、下記のとおり決定したので通知します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | | | 住所 | | | |  |
| 受給者番号 |  |  |  | |  |  |  |  | | 決定年月日 | | | |  |
| 決定内容 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 指定医療  機関の  名称及び  所在地 |  | | |  | | | | | | |  |  | | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | | |
|  | | |  | | | | | | |  |  | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 費用概算額 | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担上限額  （月額） | 月額　　　　　　　円 | | | | | | | | 支払期日 | | | |  | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | |