

第10号様式の2（第7条の2関係）

受給資格登録停止解除通知書

第 号
年 月 日

殿

御杖村長 印

年 月 日付けで受給資格証を停止した心身障害者医療費受給資格について、年 月 日付けで登録の停止を解除いたしますので通知します。

（注） 受給資格証を返還しますので、本通知受領後速やかにご連絡ください。