別記様式第１１号（第９条関係）

第　　　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

御杖村長　　　　　　　　　　　印

養育医療徴収金額決定（変更）通知書

このことについて、次の通り徴収金の額を決定（変更）しましたので、御杖村養育医療給付要綱第９条の規定により通知します。

記

指定療育医療機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| 公費負担番号 |  | | | | |
| 受給者番号 |  | | | | |
| 受給者氏名 |  | | | | |
| 性別 |  | | | | |
| 生年月日 |  | | | | |
| 申請者氏名 |  | | | | |
| 有効期限 | 開始日 | 年　　月　　日 | | 終了日 | 年　　月　　日 |
| 徴収金の額（月額） | 円 | | | | |