

申請者

様

日南町長

心身障害者医療費、通院費等助成開始決定通知書

年 月 日付で申請のあった心身障害者医療費、通院費等助成認定申請について下記のとおり助成を開始することに決定したので通知します。

記

助成対象者	住所	日南町 番地
	氏名	
助成開始日	年 月 日	
助成の額	<input type="checkbox"/> 医療費	(1) 保険診療（歯科を除く。）にかかる自己負担金から他の法令等による給付費の控除後の額の4分の1の額 (2) 自立支援医療（精神通院）かかる医療費の自己負担金から他の法令等による給付費の控除後の額の4分の1の額
	<input type="checkbox"/> 通院費	通院・通所実費の1/4（1回につき） 円
	<input type="checkbox"/> 通所費	通院・通所実費の1/4（1回につき） 円

(注) 請求書（様式第4号）は、必要な添付書類を添えて四半期ごとに福祉保健課（日南町健康福祉センター内）まで提出して下さい。