様式第5号（第5条関係）

（　　　　）　　　　　　　　第　　　　　　号

年　月　日

様

様分

長洲町長

子ども医療費助成決定通知書

さきに申請のあった子ども医療費助成については、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

助成決定

|  |  |
| --- | --- |
| 助成決定額 | 円 |
| 支払年月日 | 年　　月　　日 |

納付内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医療機関 | 決定額 |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 分 |  |  |
| 計 |  |  |

支払方法

|  |  |
| --- | --- |
| 振込払 | 指定の金融口座へ　　　　年　月　日　　振込 |