第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　（申　請　者）　　様

長洲町長

養育医療給付の不承認通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請があった養育医療給付については、下記のとおり不承認となりましたので通知します。

記

　１　乳児氏名

　２　申請者住所

　３　不承認の理由

　４　その他

（教示）

　この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６０日以内に長洲町長に対して異議申し立てをすることができます。