様式第4号(第6条関係)

ひとり親家庭医療費助成決定通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

申請者　　様

小野町長

先に助成申請のありましたひとり親家庭医療費については、下記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 月　　分  助成決定額　　　　　　　　　　円 | | 前月以前の決定月分の助成の有無  無・有 | |
| 受診者名 | 医療機関名 | | 自己負担額 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

＊前月以前の今回決定月分の助成の有無が「有」の時は、以前に1,000円控除されているため、今回は1,000円の控除は行われません。