様式第13号

医療費

移送費

標準負担額差額

高額医療費

|  |
| --- |
| 第　　　　　号  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　殿  小野町長 |
| 老人保健法による　　　　　　　　　　支給決定通知書  医療費  移送費  標準負担額差額  高額医療費 |
| 年　　月　　日付けで申請のあった老人保健法による |
| の支給については、次のとおり決定いたしましたので通知します。 |
| なお、この通知に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して60日以内に福島県知事に対して審査請求することができます。  記  　　　　　　　　　　　　　支給決定額　　　　　　　　円  　　　　　　　　　支払年月日　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　支払場所 |

(この用紙は、日本工業規格A列4番を標準とする。)