第7号様式

|  |
| --- |
| 第　　　　　号  重度心身障害者医療費給付決定通知書  年　　月　　日  　　　　　　　　殿  小野町長  　　　年　　月　　日付で申請のありました重度心身障害者医療費の給付について、次のとおり決定しました。  記  1　給付額　　　　　　　　　　　　円  2　支給日  3　支給方法 |