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 |