様式第29号(第３条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　号  年 月 日  医療用補装具費支給決定通知書（育成医療）  　　　　　　　　　　　様  　　　 （　　　　　　 様）  　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　宇美町長  　あなたから申請された医療用補装具費の支給申請について、次のとおり決定しましたのでお知らせいたします。     |  |  | | --- | --- | | 区　　　分 | 補装具名  様  年　　月分  （別紙のとおり） | | 支　給　額 | 円 | | 支給方法 |  |   教　　示 |