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 |