様式第５号

第号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　様

自立支援医療（育成医療）（治療装具・移送費）支給承認通知書

八頭町長　　　　㊞

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった（治療装具・移送費）については、八頭町自立支援医療（育成医療）支給認定実施要綱第７条（治療装具の場合は４項、移送費の場合は６項）の規定により次のとおり承認したので通知します。

記

　　（治療装具・移送費）支給額

　　　金　　　　　　　　　　円