フォームの始まり

様式第１号（第４条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 養育医療徴収金額決定通知書  第　　　　　号  年　　月　　日  　様  八頭町長    養育医療給付に係る徴収規則第５条の規定により、あなたが負担する額を次のとおり決定しましたので、通知します。 | | | |
| 給付の種類 | 養育医療費 | 公費負担医療の受給者番号 |  |
| 給付を受ける者の氏名 |  | | |
| 決定した徴収額 | 月額　　　　　　　円 | | |
| （教示）  この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に、町長に対して審査請求をすることができます。  ただし、異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の通知書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に提起することができます。 | | | |