別記第10号様式（第10条関係）

|  |
| --- |
| 産山村重度心身障害者医療費受給資格喪失通知書 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受給資格を喪失した日 | 年　　月　　日 |
| 受給資格を喪失した理由 |  |
| 上記のとおり、重度心身障害者医療費の受給資格を喪失したので通知します。なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、書面で村長に異議申立をすることができます。年　　月　　日村長　　　　　　　　印（受給資格者）　　　　　　　　様 |