別記第4号様式（第4条関係）

|  |
| --- |
| 産山村重度心身障害者医療費受給資格者認定申請却下通知書 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 却下した理由 |  |
| 　　　　年　　月　　日付けで重度心身障害者医療費受給資格者認定の申請がありましたが、上記のとおり却下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（申請者）　　　　　　　　様 |