別記第6号様式（第5条関係）

|  |
| --- |
| 産山村重度心身障害者医療費助成停止通知書 |
| 受給資格者氏名 |  | 受給資格者番号 |  |
| 住所 |  |
| 助成停止期間 | 　　　　年　　月診療分から　　　年　　月診療分まで |
| あなたは、産山村重度心身障害者医療費助成に関する条例第6条の規定により、上記のとおり医療費の助成を停止することとしたので通知します。年　　月　　日村長　　　　　　　　印（受給資格者）　　　　　　様 |