別記第8号様式（第7条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 産山村重度心身障害者医療費助成決定通知書 | | | |
| 様  年　　月　　日  村長　　　　　　　印  さきに申請のあった産山村重度心身障害者医療費助成については、下記のとおり決定したので、通知します。  記  1　助成決定 | | | |
|  | 診療期間 | 年　　月　　日から　　月　　日分 |  |
| 助成決定額 | 円 |
| 支払年月日 | 年　　月　　日 |
| 2　却下  （理由） | | | |