様式第９号（第６条関係）

　第 　　　　 号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

申請者

　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産山村長

養育医療給付の不承認通知書

　　　　　　　年　　月　　日付けで申請があった養育医療給付については、下記のとおり不承認となりましたので通知します｡

記

１. 乳児氏名

２. 申請者住所

３．不承認の理由

　　　　４．その他

（教示）

　この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６０日以内に産山村長に対して異議申立てすることができます。