様式第２号（第６条関係）

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

出雲市長

出雲市自立支援医療費（育成医療・更生医療・通院医療）助成認定通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった出雲市自立支援医療費（育成医療・更生医療・通院医療）の助成について、助成対象者として下記のとおり認定しましたので通知します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 氏名 |  | 受給者番号 |
| 生年月日 |  |  |
| 指定医療機関 |  | |
| 助成期間 |  | |
| 助成金額 | 自立支援医療費に要した自己負担額の次に示す額  注）　１円未満の端数は切り捨て | |
| 備考 |  | |