様式第8号(第9条関係)

受給資格登録停止解除通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　様

橿原市長

　　　　　年　　月　　日付けで登録を停止した心身障害者医療費受給資格登録について、　　　　　年　　月　　日付けで登録の停止を解除します。

　(注)　受給資格証を返還いたしますので、本通知受領後速やかにご連絡ください。