様式第5号（第11条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　様

長洲町長　　　　　　　　　　　　印

**長洲町新生児聴覚検査費助成金支給決定通知書**

　　　年　　月　　日付で申請のあった長洲町新生児聴覚検査助成については、下記のとおり決定したので、通知します。

記

１．助成申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．助成決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　円