様式第4号（第7条関係）

第　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　様

長洲町長　　　　　　　　　　　　印

**長洲町一般不妊治療(人工授精)費用助成交付決定通知書**

　　　年　　月　　日付で申請のあった長洲町一般不妊治療(人工授精)費用助成については、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