様式第２号（第５条関係）

　　　第　　　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長洲町長

長洲町産婦健康診査費用助成金交付（不交付）決定通知書

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった長洲町産婦健康診査費用助成金の交付について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

交付決定額　　　　金　　　　　　　　円

（内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 受診費用 | 交付・不交付（不交付理由） | 決定額 |
| 年　　月　　日  第　　回（産後　　日） | 円 |  | 円 |
| 年　　月　　日  第　　回（産後　　日） | 円 |  | 円 |