様式第4号（第8条関係）

第　 号

年　　月　　日

　様

長洲町長

長洲町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付不承認通知書

年　　月　　日付けで申請のありました長洲町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金について、下記の理由により不承認としますので、長洲町がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱第8条の規定により通知します。

記

1　対　象　者　名

2　不承認の理由