様式第３号(第８条関係)

番　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

小野町長

小野町特定不妊治療費助成事業承認決定通知書

　　　　年　　　月　　　日付で申請のありました特定不妊治療費の助成について承認することとし、

下記金額を助成することを決定しましたので通知します。

助成することとした額　　　金　　　　　　　　　　円