第１２号様式

第　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　様

小野町長

**産後ケア事業助成決定通知書**

　　年　　月　　日付けで申請のあった産後ケア事業助成を次のとおり決定したので通知します。

**助成決定額　　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 利用期間 | 利用  日数 | 領収額  （A） | 自己負担額  （B） | 助成該当額  （A）-（B）=（C） | 助成額 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  |  | 円 | 円 | 円 | 円 |