様式第６号（第９条関係）

記　号　番　号

　　年　　月　　日

　補助事業者　　　　　　　　　　様

小　野　町　長　　　　　　　　　　　　　　印

小野町地域医療介護総合確保事業補助金確定通知書

　　　　　年　　月　　日付けで実績報告のあった　　　　年度小野町地域医療介護総合確保事業については、次のとおり補助金の額を確定したので、小野町地域医療介護総合確保事業補助金交付要綱第９条の規定により通知します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指令年月日 | 年　　月　　日 | 指令番号 | 指令　第　　　号 |
| 補助年度 | 年度 | 補助金の名称 |  |
| 補助対象事業の名称 |  | | |
| 補助金の交付決定通知額 |  | | |
| 補助対象事業の経費精算額 | 円 | | |
| 補助上限額 | 円 | | |
| 補助金交付確定額 | 円 | | |
| 交付決定通知額－交付確定額 | 円 | | |