様式第２号（第５条関係）

第　　　　号

　　　　年　　月　　日

　申請者　様

小野町長

小野町医療・介護・福祉施設等価格高騰重点支援給付金決定兼確定通知書

　　　　　　年　　月　　日付で申請のありました標記給付金については、下記のとおり決定しましたので、小野町医療・介護・福祉施設等価格高騰重点支援給付金実施要綱第５条の規定に基づき通知します。

記

　　　　　　１　決定額　　　　　　　　　　　　　　　円