様式第２号(第６条関係)

番　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　　　　　　　様

小野町長

小野町多胎妊婦健康診査費用助成承認決定通知書

　　　　年　月　日付けで申請のありました多胎妊婦健康診査費用事業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。

１　　　　　助成することとした額　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　　　　　振込日

３　　　　　振込先