様式第8号（第10条関係）

第　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　様

小野町長

**1か月児健康診査費用助成金交付（決定・却下）通知書**

年　月　日付けで申請のあった１か月児健康診査費用助成金を、次のとおり交付することに（決定・却下）したので通知します。

給付決定額　　　　　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健診区分 | 助成上限額 | 実支払額 | 給付額 |
| 1か月児健康診査 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 合計 |  |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

　　　※助成上限額と実支払額を比較し、少ない方の額を給付額とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込予定年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 金融機関名 |  |
| 預金種別 | １．普通　　２． 当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人（申請・請求者と同一） |  |

＊却下した理由