様式第２号（第５条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

八頭町長　　　　　　　　　　㊞

人工透析患者通院費助成金交付決定通知書

　　年　　月　　日付で交付申請のあった人工透析患者通院費助成金について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金額 | 円 |
| 助成区間 | バス停留所～　　　　　　　バス停留所 |
| 通院期間及び通院日数 | 　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　　　日間） |