様式第３号（第９条関係）

受　第　号

年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　八頭町長　平　木　　　誠

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 公 印 省 略 ）

小児インフルエンザ予防接種費用助成金支給決定通知書

　　　年　月　日付けで申請のあった小児インフルエンザ予防接種費用助成について、適正と認められたので、八頭町小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付要綱第９条の規定により通知します。

記

　１．接種費用助成決定額　　　　　　　　　　　　円也

　２．支払日等　　　　　　　　　　　　年　月　日（　）

　※助成金は指定された口座に振り込まれます。支払日以降に口座のご確認をお願いします。