様式第2号（第5条関係）

番　　　　　号

年　　月　　日

聴覚障がい児への補聴援助システム

購入助成事業助成金交付（不交付）決定通知書

　様

八頭町長　　　　　印

　　　　　年　　月　　日付けで申請のあった聴覚障がい児への補聴援助システム購入助成事業については、下記のとおり決定しましたので、聴覚障がい児への補聴援助システム購入助成事業実施要綱第5条第1項の規定により通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| （フリガナ）対象児童名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　（　　　　　歳） |
| 住所 |  |
| 保護者名 |  | 続柄 |  |
| 補聴援助システム購入費 | 円 |
| 自己負担金 | 円 |
| 公費負担金 | 円 |
| 備考 | ＊不交付の場合、理由を記載すること。 |

（教示）

この処分について不服があるときは、この処分があつたことを知った日から起算して３か月以内に、八頭町長に対して審査請求をすることができます。