様式第4号（第10条関係）

第　　　　　 号

年 月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　八頭町長

　　年度八頭町アルツハイマー病治療薬助成金交付決定通知書

年　　月　　日付で申請のありました八頭町アルツハイマー病治療薬助成金について、下記のとおり交付決定しましたので、要綱第10条の規定により通知をします。

記

１．　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円