

第 年 月 日 号

様

大槌町長

大槌町幼児歯科検診助成金交付決定・却下通知書

年 月 日に申請がありました、大槌町幼児歯科検診助成金について、下記のとおり決定・却下しますので通知します。

記

1. 交付決定額 円
2. 支払予定日 年 月 日に指定口座へ振込予定