様式第4号（第8条関係）

第　　　　　号

　年　　月　　日

(申請者)　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　身延町長　　　　　　　印

予防接種費用償還払交付（不交付）決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました予防接種費用償還払について、審査の結果

次のとおり決定したので通知します。

１．交付決定

　　　　交付金額　　　　　金　　　　　　　　円

２．不交付決定

　　（理由）