様式第2号（第5条関係）

第　　　　　号

　　年　　月　　日

（申請者名）

　　　　　　　　　様

身延町長

がん患者アピアランスケア助成金交付決定通知書

　　年　　月　　日付けで申請のありました身延町がん患者アピアランスケア助成金交付申請について、下記のとおり助成金の交付を決定したので通知します。

記

助成額　金　　　　　　　　円