様式第3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不承認決定通知書

　　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、下記の理由により不承認と決定したので通知します。

記

不承認の理由