

第 号
年 月 日

様

加茂市長

加茂市不妊治療費助成交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった標記について、下記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

記

1 助成額 金 _____ 円

治療期間 年 月 日～ 年 月 日

2 支払予定日 年 月 日

3 本通知により助成金の交付決定及び額の確定に代えます。

担当： 課 係
電話：0256-52-0080 内線
FAX 0256-53-2729