

第 年 月 日 号

様
(対象者 様)

吉田町長

吉田町定期予防接種費助成金交付決定通知書

このことについて、下記のとおり交付が決定しましたので通知します。

記

診療月	年 月
支払額	円
振込日	年 月 日
振込先	
口座番号	
ふりがな	
名義人氏名	

＊この通知が届いても、振込みが若干遅れることがありますので御了承ください。