様式第2号(第4条関係)

国頭村指令福第　　　号

年　　月　　日

様

国頭村長　氏名

国頭村地域医療介護総合確保基金事業補助金交付の決定について

年　　月　　日付けで申請のあった国頭村地域医療介護総合確保基金事業補助金については、下記条件を付けて、金　　　　円を交付します。

記

条件　1　　　　　年　　月　　日までに竣工すること。

2　その他必要な事項