第２号様式（第７条関係）

番号第　　　　　　　号

妊娠判定受診料公費負担決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（申　請　者）　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御杖村長

　先に申請のありました妊娠判定受診料公費負担につきましては、下記のとおり決定しましたので通知します。

　ついては、別添の「妊娠判定受診券」により委託医療機関で受診してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診券  番 号 |  | |  |
| 公費負担  対 象 者 | 氏名 |  | |
| 住所 | 〒    ＴＥＬ　　　　　-　　　　　- | |