

様式第2号（第5条関係）

番 号  
年 月 日

日南町エアーマットレスレンタル助成事業支給決定通知書

様

日南町長 印

年 月 日付けで申請のあった日南町エアーマットレスレンタル助成事業については、下記のとおり決定しましたので、日南町エアーマットレスレンタル助成事業実施要綱第5条第2項の規定により通知します。

記

支給決定対象者（保護者）氏名		支給決定に係る児・者の氏名	
支給決定日			
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
賃借するエアーマットレスの名称			
支給決定額	月額		円

<問合せ先>

日南町福祉保健課

住 所 689-5211 日南町生山 511-5

電話番号 0859-82-0374