様式第３号（第６条関係）

記号及び番号

年 　月　 日

　　　　　　　　様

能代市長

能代市初回産科受診料助成金不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました能代市初回産科受診料の助成について、下記の理由により不支給となりましたので通知します。

記

不支給となった理由