

_____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市産婦健康診査費助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました産婦健康診査費助成金について、大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱に基づき、次のとおり交付することを決定しましたので通知します。

助成金の振り込みは、本交付決定通知書の到着から、概ね3週間程度の日数を要します。ただし、遅れる場合もございますので、ご了承ください。

産婦健康診査費助成金交付金額 金 _____ 円

	助成金上限額	領収書金額 (保険適用外)	助成金決定額
1	5,000円		
2	5,000円		
	備考		

※本通知書は、大阪市妊婦健康診査費助成金交付要綱第9条に基づき、通知を受けた日から5年間保存するものとする。

_____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市産婦健康診査費助成金不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました産婦健康診査費助成金について、次のとおり不承認とすることを決定しましたので通知します。

不承認の理由

年 月 日

大阪市長

〒〇〇〇—〇〇〇〇
〇〇区〇〇〇 〇—〇—〇
〇〇 〇〇

大阪市産婦健康診査費助成金交付決定取下書

年 月 日付け大指令こ青〇号にて通知のあった大阪市産婦健康診査費助成金の交付決定について、大阪市産婦健康診査費助成金交付要綱第6条の規定により申請を取り下げます。

1 助成金交付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 取下げの理由

大阪市指令こ青第 号
年 月 日

_____様

大阪市長 ○○ ○○

大阪市産婦健康診査費助成金交付決定取消書

年 月 日付けで交付決定しました産婦健康診査費助成金について、次のとおり取消することを決定しましたので通知します。

取消しの理由
