

様式第2号（第8条関係）

様

第 号
年 月 日

堺市長

堺市がん患者アピアランスケア推進事業助成金支給決定通知書

年 月 日付けで申請がありました堺市がん患者アピアランスケア推進事業助成金について、次のとおり支給することを決定しましたので通知します。

助成金額 円

内 訳