

様式第2号

健 第 ○ ○ ○ ○ 号  
○ ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日

○○ ○○ 様

大阪府知事 ○○ ○○ 印

小児がん患者重粒子線治療助成事業利用（認定・不認定）通知書

○○○○年○月○日付け申請のあった小児がん患者重粒子線治療助成事業利用申請について、下記のとおり（認定・不認定）となりましたので小児がん患者重粒子線治療助成事業実施要綱第7条の規定により、通知します。

記

1. 対象患者 ○○ ○○ 様

【認定した場合】

2. 小児がん患者重粒子線治療助成事業実施要綱第5条第3項の規定により、金○,○○○,○○○円とする。

【不認定となった場合】

2. 理由 ○○○○○○