

		不承認 年月日	平成 年 月 日
		不承認 番 号	
<u>給付不承認通知書</u>			
平成 年 月 日			
〔市区町村〕 社協等団体名			
(代表者名) 殿			
〔県社協等〕 団 体 名			
(代表者名) 印			
さきに申請のありました下記の会員に対する給付は、次の理由により承認されませんでしたのでお知らせいたします			
申請番号	種 別	氏 名	理 由

注) 県社協等は市区町村社協等へ送付した 10 号様式の写しを保管してください。