様式第１号

堺市口腔保健センター運営補助金交付申請書

年　　月　　日

　　　堺市長　　　殿

申請者

所在地

（ふりがな）

団体名

（ふりがな）

　　　　　代表者職氏名

　　　代表者生年月日

代表者住所

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金交付申請額 | 円　　　　　　　 |
| 申請理由 |  |
| 経理担当者 | 　 |
| 添付書類 | １　役員情報届出書２　事業計画書３　収支予算書４　前年度決算書５　その他市長が必要と認める書類 |

　　　　　年度口腔保健センター運営事業について、次のとおり補助を受けたいので、関係書類を添えて申請します。