様式第４号

堺市口腔保健センター運営補助金交付請求書

年　　月　　日

　　　堺市長　　　殿

所在地

団体名

代表者職氏名

　　　　　年度堺市口腔保健センター運営補助金について、堺市口腔保健センター運営補助金交付要綱１０（２）の規定により、次のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助年度 | | 年度 | 補助金の名称  (又は補助事業名) |  |
| 交付決定通知 | | 年　　月　　日付け通知 | | 第　　　　　号 |
| 補助金交付決定額 | | 円 | | |
| 確定通知 | | 年　　月　　日付け通知 | | 第　　　　　号 |
| 補助金確定通知額 | | 円 | | |
| 内訳 | 既受領額 | 円 | | |
| 今回請求額 | 円 | | |
| 残額 | 円 | | |