様式第５号

堺市口腔保健センター運営補助金精算書

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、下記のとおり精算します。

記

概算払額　　　　　　　　　　　　　　　　円

精算額　　　　　　　　　　　　　　　　円

不用額　　　　　　　　　　　　　　　　円