様式第１８号

　　　　　　　　堺市救急医療対策事業運営費補助金交付請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　堺　市　長　様

　　　　　　　　　　 申請者　所在地

　　　　　　　　　　　　 　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職氏名

代表者生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者住所

　 　年度堺市救急医療対策事業運営費補助金について、堺市救急医療対策事業

運営費補助金交付要綱１４（２）の規定により下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請　求　額  　　　　　　　　　　　　　円 | |
| 内　　　　　訳  （該当事業に☑と請求金額を記入） | |
| □病院群輪番制病院運営事業 | 円 |
| □小児救急医療支援事業 | 円 |
| □歯科急病診療事業 | 円 |
| □事業団管理運営事業 | 円 |