

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)	
<input type="checkbox"/> 病院群輪番制病院運営事業	円
<input type="checkbox"/> 小児救急医療支援事業	円
<input type="checkbox"/> 歯科急病診療事業	円
<input type="checkbox"/> 事業団管理運営事業	円