様式第１９号

堺市救急医療対策運営費補助金精算書

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、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