

시비 보조금 교부 신청서

1. 신청자

기관명	서울중구보건소	대표자	홍혜정
소재지	중구 다산로 39길 16(무학동)		
보조사업명	2015년 아동 치과주치의사업		
보조사업목적	지역 저소득층 아동과 개별 치과주치를 맺어 아동의 지속적이고 포괄적인 구강건강관리를 통한 건강생활 지원		
보조사업내용	아동 치과주치의		

2. 소요경비

(단위 : 천원)

구분	총소요액	시비	구비	기타	비고
예산	7,400	7,400	.	.	.
사업기간	2015년 1월 1일 ~ 12월 31일				
<p>서울특별시 보조금 관리 조례 제13조 및 같은법 시행규칙 제4조의 규정에 따라 보조금 교부를 신청합니다.</p> <p>※ 사업계획서 별도 첨부</p> <p style="text-align: right;">2015. 2. .</p> <p style="text-align: center;">신청자 : 중구보건소장 홍혜정</p> <p>서울특별시시장 귀하</p>					