

시비 보조금 교부 신청서

1. 신청자

기관명	강북구보건소	대표자	이인영
소재지	서울시 강북구 한천로 897		
보조사업명	학생 및 아동 치과주치의사업		
보조사업목적	치아우식증이 많이 발생하는 시기의 아동들에게 예방 중심의 계속관리를 제공하여 구강건강을 향상시키고자 함		
보조사업내용	-치과주치의 선정 후 등록하여 아동과 맺어주기 -구강검진 및 포괄적 예방적 구강관리서비스 제공 -저소득층 아동 예방 및 1차 구강진료 지원		

2. 소요경비

(단위 : 천원)

구분	총소요액	시비	구비	기타	비고
	109,550	109,550			
사업기간	2016년 1월 1일 ~ 12월 31일				
서울특별시 보조금 관리 조례 제13조 및 같은법 시행규칙 제4조의 규정에 따라 보조금 교부를 신청합니다. ※ 사업계획서 별도 첨부 2016. 4. . 신청자 : 강북구보건소장 (인) 서울특별시장 귀하					