

시비 보조금 교부 신청서

1. 신청자

기관명	성북구보건소	대표자	황원숙
소재지	서울시 성북구 화랑로 63		
보조사업명	학생 및 아동 치과주치의사업		
보조사업목적	학교와 보건소, 지역 치과의원이 협력하여 예방중심의 포괄적 구강건강관리를 제공하여 학생 및 아동의 평생 구강건강을 위한 기반을 형성하고자 함.		
보조사업내용	<ul style="list-style-type: none"> ■ 구강검진 , 구강보건교육, 예방진료 ■ 저소득층 아동 치과치료 지원 		

2. 소요경비

(단위 : 천원)

구분	총소요액	시비	구비	기타	비고
사업비	137,110	137,110	-	-	
사업기간	2016년 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;">2016. 4. .</p> <p style="text-align: center;">신청자 : 황 원 숙</p> <p>서울특별시시장 귀하</p>					