

[별지 제16호서식]

기 관 명
(전 화 번 호)

문서번호 :

시행일자 :

수 신 : (시·도지사)

발 신 : (시장·군수·구청장) 인

제 목 : 의료보호기금보조신청

다음과 같이 사업을 시행하기 위하여 의료보호기금의 보조를 신청합니다.

사 업 명				
사 업 기 간				
사 업 개 요				
신청금액		지 원 내 역	보 조 금	대 불 금
산출기초				
대 불 금 상환계획				

31312-34111 일

210mm×297mm

91.8.12 승인

(신문용지 54g/m²)