

행 정 기 관 명

수신자 시 · 도지사
(경유)
제 목 의료급여기금 교부신청서

다음과 같이 사업을 시행하기 위하여 의료급여기금의 교부를 신청합니다.

사 업 명				
사업기간				
사업개요				
신청금액		지원 내역	보조금 본인부담금환급금, 대지급금, 보조 기기 급여비, 요양비 등	그 밖의 행정경비
산출기초				

끝.

특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장

적인

기안자 직위(직급) 서명 검토자 직위(직급) 서명 결재권자 직위(직급) 서명

협조자

시행 처리과-일련번호(시행) 접수 처리과명-일련번호(접수)

우 주소 / 홈페이지 주소

전화번호() 팩스번호() / 기안자의 전자우편주소 / 공개구분