補　助　事　業　着　手（完　了）届

年　　月　　日

いわき市長　　様

住所又は所在地　　

申請者

氏名又は名称　　**氏名又は名称**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指令日  年 　 月  日 | 指令番号  いわき市指令第 号 | | 補助年度  年度 |
| 補助金等の名称  **いわき市フッ化物洗口事業補助金** | | | |
| 補助事業等の内容  **子どものむし歯予防対策を推進するために実施するフッ化物洗口に必要な薬剤及び物品等の購入に要する経費** | | | |
| 補助事業等の施行場所 | | 年　　月　　日　着手 | |
| 年　　月　　日　完了 | |
| 届出事項審査結果（届人は記入しないでください。） | | | |