様式第１号

結核健康診断費補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

住　所

申請者

氏　名

(法人の場合は,法人の名称及び代表者の氏名)

令和　　年度結核健康診断費補助金について，次のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

１　補助金申請額　　　　　　　　　　　円

２　補助事業の着手及び完了の（予定）年月日

着手　　　令和　　年　　月　　日

完了　　　令和　　年　　月　　日

３　添付書類

⑴　令和　年度　結核健康診断事業実施計画書（様式第２号）

⑵　令和　年度　事業収支予算書抄本（様式第３号）

４　学校・施設名称及び住所

様式第１号

**記載例**

結核健康診断費補助金交付申請書

令和○年○月△△日

（宛先）旭川市長

住　所　旭川市○条△丁目

申請者　　　　　○○法人　□□□□

氏　名　　　理事長　○○　○○

(法人の場合は,法人の名称及び代表者の氏名)

令和○年度結核健康診断費補助金について，次のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

様式第２号の補助所要額の金額

１　補助金申請額　××，×××円

２　補助事業の着手及び完了の（予定）年月日

着手　　　令和○年○月×日

完了　　　令和○年○月△日

３　添付書類

⑴　令和○年度　結核健康診断事業実施計画書（様式第２号）

⑵　令和○年度　事業収支予算書抄本（様式第３号）

複数の学校・施設をまとめて申請する場合は，全ての学校・施設を記載してください。

４　学校・施設名称及び住所

○○法人　□□□□　旭川市○条△丁目