

様式第1号（第3条関係）

令和 ●年 ●月 ●日

（宛先）高松市長

所 在 地 ●●●●●
名 称 ●●●●●
代表者氏名 ●●●●● 印

令和7年度高松市結核健康診断事業費補助金交付申請書

のことについて、次のとおり令和7年度高松市結核健康診断事業費補助金を交付されるよう高松市結核健康診断事業費補助金交付要綱第3条の規定により、関係書類を添えて申請します。

- | | |
|----------------|---------|
| 1 申 請 額 金 | ●●●●● 円 |
| 2 経費所要額調 | （別紙1） |
| 3 補助基準額算定書 | （別紙2） |
| 4 対象経費の支出予定額内訳 | （別紙3） |

押印を省略した場合、責任者及び担当者等の記載をお願いします。

責任者： ●● ●●
担当者： ●● ●●
電話番号： ●●●●●