

●年 ●月 ●日

（宛先）高松市長

所在地 ●●●●●
名称 ●●●●●
代表者氏名 ●● ●● 印

●年度高松市結核健康診断事業費補助金変更交付申請書

●年 ●月 ●日付け高^保感第●●●号で交付決定の通知を受けた
年度高松市結核健康診断事業について、次のとおり申請内容を変更した
ので、高松市結核健康診断事業費補助金交付要綱第5条第1項の規定により、
関係書類を添えて申請します。

- | | | | |
|---|------------------|---|--------|
| 1 | 変更後の交付申請額 | 金 | ●●●●●円 |
| | 変更前の交付予定額 | 金 | ●●●●●円 |
| | 差引増減額 | 金 | ●●●●●円 |
| 2 | 変更後の経費所要額調 | | （別紙1） |
| 3 | 変更後の補助基準額算定書 | | （別紙2） |
| 4 | 変更後の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 : ●●●●●

