

様式第 1 号（第 3 条関係）

●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交付申請書

このことについて、次のとおり 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 : ●●●●●

