

●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実績報告書

●年 ●月 ●日付け高**保感**第●●●号で交付決定（変更交付決定）  
の通知を受けた ●年度高松市結核健康診断事業について、次のとおり高  
松市結核健康診断事業費補助金交付要綱第 7 条の規定により、関係書類を添え  
て実績報告をします。

- 1 補助金の額 金 ●●●●●円
- 2 経費実績額調 （別紙 1）
- 3 補助基準額実績算定書 （別紙 2）
- 4 対象経費の実支出額内訳 （別紙 3）
- 5 健康診断結果報告書 （別紙 4）
- 6 事業に要した費用の額を確認することのできる書類

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 : ●●●●●●

