

平成 年 月 日

枚方市長様

提出日を記載してください。
※期限は10月31日(消印有効)まで

申請者
所在地 大阪府〇〇市〇〇町1丁目2番3号

法人名 〇〇法人〇〇会

代表者職氏名 理事長 〇〇〇〇

印

必ず代表者印であること。
印影がはっきり判別できること。

社会福祉施設一覧

- ・特別養護老人ホーム
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・生活保護施設
- ・身体障害者更生施設
- ・身体障害者福祉ホーム
- ・身体障害者授産施設
- ・知的障害者更生施設
- ・知的障害者授産施設
- ・知的障害者福祉ホーム
- ・知的障害者通所寮
- ・婦人保護施設

学校又は施設の所在地

枚方市〇〇町1丁目2番3号

名称

〇〇〇〇ホーム 〇〇〇〇

社会福祉施設は左記の一覧より
必ず記載

枚方市結核対策費補助金交付申請書

枚方市結核対策費補助金事業の交付について、次のとおり別紙関係書類を添えて申請します。

別紙1の1「補助申請額」と一致していること

1 補助申請額 円

2 事業の目的

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2第1項に基づく補助

3 別紙関係書類(事業の内容及び事業に要する経費の内訳等)

(1) 補助金以外の経費負担の概要(別紙1)

(2) 結核対策費経費所要額調(別紙1の1)

(3) 健康診断事業計画書(別紙1の2)

(4) 結核対策費支出計画書(別紙1の3)

(5) 歳入歳出予算書抄本(関係分のみ)(別紙1の4)

(6) 見積書(又は領収書)等経費所要額がわかるもの

(7) 担当者連絡票

4 事業の完了の予定期日

年 月 日

健康診断実施日又は支払い完了日
和暦・西暦でも可