

枚方市長様

提出日を記載してください。
※期限は当該年度2月末まで(必着)

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

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
- ・知的障害者通勤寮
- ・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

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。

社会福祉施設は左記の一覧より
必ず記載

枚方市結核対策費補助金事業実績報告書

枚方市結核対策費補助金事業について、次のとおり別紙関係書類を添えて報告します。

別紙7の1「精算額」と一致していること

1 精算額

円

※精算額は「補助申請額」であり、補助金交付決定額ではありません。

2 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7)
- (2) 結核対策費補助金精算額明細書(別紙7の1)
- (3) 健康診断事業実施報告書(別紙7の2)
- (4) 歳入歳出決算(見込)書抄本(関係分のみ)(別紙7の3)
- (5) 領収書等証拠書類又はその写し
- (6) 結核に係る定期健康診断実施報告書

3 事業完了の期日

年 月 日

支払完了日を記載(当該年度に限る)
和暦・西暦でも可