

令和 年 月 日

提出日を記載してください。  
※期限は当該年度1月末まで(必着)

(あて先) 枚 方 市 長

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

申請者

法人所在地 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)

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

〇〇老人ホーム 〇〇〇〇

必ず代表者印であることを確認。印影がはっきり判別できることを確認

社会福祉施設一覧より必ず記載

### 枚方市結核対策費補助金交付申請兼実績報告書

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申請及び報告します。

別紙2「申請額(実績額)」と一致していること

1 交付を受けようとする申請額(実績額) \_\_\_\_\_ 円

2 別紙関係書類

- (1) 健康診断事業実績報告書(別紙1)
- (2) 結核対策費補助金実績額明細書(別紙2)
- (3) 補助金以外の経費負担の概要(別紙3)
- (4) 歳入歳出決算(見込)書抄本(別紙4)
- (5) 補助対象経費の支出を確認できる領収書等の写し
- (6) 結核に係る定期健康診断実施報告書
- (7) 担当者連絡票

3 事業完了の期日(費用支払い完了日)

年 月 日

支払完了日を記載  
和暦・西暦でも可