

平成 年 月 日

枚方市長様

提出日を記載してください。  
枚方市結核対策費補助金交付要領第  
12 参照

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

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請求書

枚方市結核対策費補助金について、枚方市補助金等交付規則第16条の規定により、  
次のとおり請求します。

・ 補助年度 平成 当該年度 年度

・ 交付確定通知書 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日付 交付確定通知書の発行日  
と文書番号を記載  
保予感 〇〇〇 号

・ 補助金交付請求額 様式8号の補助金交付確定額 円

・ 必要書類 ・ 委任状(申請者が代表者と異なる場合)

・ 振込先

金融機関名	〇 〇	銀行 信用金庫 ( )	〇 〇	支店 出張所
預金種別	普通 当座		フリガナ	ヒラカタ タロウ
口座番号	1234567		漢字	枚方 太郎

※口座番号及び口座名義は全て記入して下さい