

結核健康診断費補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）

大津市長

申請者（設置者）

住所

団体名

代表者職氏名

Ⓜ

年 月 日付け 第 号で補助金の交付の決定（確定）のあった大津市結核健康診断費補助金について、大津市補助金等交付規則第18条第2項の規定により次のとおり請求します。

補 助 年 度		年度
補助事業を実施した学校又は施設		所在地 名称
交 付 決 定 金 額		円
交 付 請 求 金 額		円
振 込 金 先 融 機 関	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫・農協 支店
	口 座 番 号	普通 ・ 当座
	口 座 名 義	
添 付 書 類		