

八王子市私立学校等結核予防費補助金事業実績報告書

年 月 日

八王子市長 石森 孝志 殿

忘れずに記入してください

所在地 192-8501 八王子市〇〇町〇丁目△番地□号
申請者 法人名 学校法人ハチオウジ大学
代表者 理事長 八王子太郎 印

令和 2 年度結核予防費補助金について下記のとおり事業を完了したので、別添関係書類を添えて提出します。

金額の前に¥マークを記入してください

記
・第 12 号様式の(H)欄
・第 16 号様式の(C)欄
と金額が一致することを確認してください。

補助金額 ¥222,444 円

- (1) 支出済額調書 (第 12 号様式)
- (2) 基準算定額内訳書(実績) (第 13 号様式)
- (3) 支出額内訳書 (第 14 号様式)
- (4) 補助対象結核健康診断実施件数内訳書(第 15 号様式)
- (5) 決算(見込)書抄本 (第 16 号様式)

○ 添付書類

事業経費に伴う領収書類の写し

- (注) 領収書を徴収することができない場合は、銀行振込受託書で可。
また、領収内訳が不明な場合は、請求内訳等の内容のわかる文書を領収書とともに添付すること。

実務担当者のお名前を記入してください。

| | 氏 名 | 所 属 部 課 | 電 話 等 |
|-------------------|--------|---------|------------------------|
| 本 報 告 書 | | | 電話 123-456-789 |
| 作 成 者 (問い合わせ先) | 八王子 ○△ | 主務会計係 | ファクシミリ 123-456-7890 |