

八王子市私立学校等結核予防費補助金交付申請書

年 月 日

八王子市長 石森 孝志 殿

忘れず記入してください。

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

令和〇〇年度結核予防費補助金の交付の申請を下記のとおり申請します。

金額の前に¥マークを記入してください。

記

・第3号様式の(H)欄
・第6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。

1 申請金額 ¥270,006 円
(算出基礎は第3号様式のとおり)

2 事業目的 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2の規定により行う定期の健康診断

3 事業内容 別紙事業計画書のとおり (第2号様式)

4 所要経費 別紙支出予定額のとおり (第3号様式及び第4号様式)

5 予算書抄本 (第6号様式、関係部分のみ)

実務担当者のお名前を記入してください。

	氏 名	所 属	電 話 等
申 請 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