様式第１号

 　　 令和　　年　　月　　日

（あて先）前橋市長

所在地

 　　　名称

申請者　学校名

　　　 代表者名

交　付　申　請　書　兼　実　績　報　告　書

　令和５年度前橋市私立学校結核健康診断補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

　１　補助事業の内容

　　　　令和５年度入学の学生又は生徒に実施する、結核健康診断事業

　２　補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　３　結核健康診断の実施日　　　　　　　令和　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　令和　　年　　月　　日まで

　４ 添付書類

　　(1) 補助事業内容説明書

　　(2) 収支決算書

　　(3) 領収書等支払いが確認できる書類の写し

　　　　（領収書等に、他の学年の受診者数が合計して記入されている場合や、レントゲン撮影以外の経費が含まれている場合は、補助対象者数やレントゲン撮影の金額が分かるように、欄外や備考欄等に内訳を記入してください。）

(4) その他参考となる資料

　５　補助金申請に係る連絡先

|  |
| --- |
| ・責任者　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　－・担当者　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　－　　　－ |

※必要に応じ、市から上記連絡先に確認させていただきます。