様式第５号

令和　　年　　月　　日

（あて先）前橋市長

所 在 地
申請者　名　　称
学 校 名
代表者名

補　助　金　交　付　請　求　書

令和７年度前橋市私立学校結核健康診断補助金について、下記のとおり請求します。

記

１　補助金交付決定及び確定額　　円

２　補助金交付請求額　　円

３　振込先金融機関名等

口座名	カナ 漢字
口座番号	銀行・信用金庫 信用組合・農協　　本・支店 １　普通№ ２　当座№

・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。