

令和 年 月 日

(あて先) 前橋市長

所在地
名称
申請者 施設名
代表者名

交付申請書兼実績報告書

令和5年度前橋市社会福祉施設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65歳以上の施設入所者に実施する、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、当該年度64歳以下の施設入所者及び職員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。