

様式第 1 号（第 6 条関係）

令和 8 年度結核予防費補助金交付申請書

令和 8 年 1 2 月 1 8 日

川越市長

様

申請者住所又は主たる
事務所の所在地 埼玉県川越市小ヶ谷 817-1

申請者氏名又は名称
及び代表者の職・氏名 校長 川越 ときも

印

法人の場合には代表者印を押印すること

学校又は施設名 ○○高等学校

令和 8 年度結核予防費補助金の交付を受けたいので、川越市補助金等の交付手続等に関する規則第 4 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請金額 金 1 1 8 , 0 0 0 円

2 補助対象事業の目的

結核の定期健康診断

3 事業の内容及び経費

- (1) 結核予防費補助金所要額調（様式第 1 号の 2）
- (2) 結核健康診断事業計画及び所要額内訳（様式第 1 号の 3）
- (3) 結核健康診断人数内訳（様式第 1 号の 4）

4 添付書類

令和 8 年度歳入・歳出予算書(抄本)（様式第 1 号の 5）