

様式第1号（第6条関係）

令和 5 年度結核予防費補助金交付申請書

令和 5 年 月 日

川越市長 様

申請者住所又は主たる  
事務所の所在地 埼玉県川越市小ケ谷 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 〇〇高等学校

令和 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 118,000 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 5 年度歳入・歳出予算書(抄本)（様式第1号の5）