

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

高 知 市 長 様

所在地
申請者 名 称
代表者職・氏名

高知市結核定期健康診断事業費補助金交付申請書

年度高知市結核定期健康診断事業費補助金の交付を受けたいので、高知市結核定期健康診断事業費補助金交付要綱第 5 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。

また、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第 4 条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

- 1 補助金交付申請額 金 円
- 2 施設名称
- 3 添付書類
 - (1) 結核定期健康診断事業費補助金所要額等調書（様式第 2 号）
 - (2) 結核定期健康診断事業収支予算書（様式第 3 号）
 - (3) その他