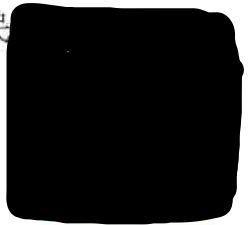




令和5年度補助金等交付申請書

令和 5年 8月 30日

補助事業者等 住所 函館市日乃出町21番17号
氏名 社会福祉法人函館市民
理 事 長 菊 野



事 業 名 結 核 予 防 事 業

上記の事業に関し補助金等の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 事業の目的及びその概要 定期結核健康診断
- 2 事業の着手及び完了年月日 着手 令和 5年 6月 5日
完了 令和 5年 8月29日
- 3 補助金等交付申請額 金 18,890円

(余白部分に次の事項を記載)

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
-

事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

款	科目		予算額		精算額	内訳		備考
	項	目	当初	更生後の額		収入済額	収入未済額	
	補助金収入		円 18,890	円 18,890	円 18,890	円 18,890	円 18,890	
	事業費収入		円 174,160	円 174,160	円 174,160	円 174,160	円 0	函館市
	計		円 193,050	円 193,050	円 193,050	円 174,160	円 18,890	

支出の部

款	科目		予算額		精算額	内訳		備考
	項	目	当初	更生後の額		支出済額	支出未済額	
	事業費支出		円 193,050	円 193,050	円 193,050	円 193,050	円 0	

上記のとおり、精算したことを証明します。

令和 5年 8月 30日

補助事業者名等 社会福祉法人函館市民生事業協会

理事長 菊野

- 注 1 この様式には、当該補助事業によつた経費のみ記載すること
- 2 「科目」欄の区分は標準を示したものであり、補助金等の交付を受けたものにおける通常の予算及び決算の区分がこれと異なるときには、それぞれ補助事業者等の区分に従い記載して差し支えないこと。
- 3 「予算額」欄のうち、「更生後の額」欄には最後の更生後の額を記入すること。
- 4 「収入未済額」及び支出未済額欄には債務が確定している額を記載し、かつ、債務者の住所氏名を「備考」に記入すること。

