

令和××年度補助金等交付申請書

申請期日は、事業完了の日から
30日以内または2月末日のい
ずれか早い日です。申請書等の
書類は、事業完了後速やかに保
健予防課に提出してください。

令和××年 11月 22日

函館市長 様

補助事業者等 住所 函館市〇〇町〇〇番〇〇号
氏名 〇〇法人〇〇学園
理事長 〇〇 〇〇

事業名 結 核 予 防 事 業

令和7年度から押印は廃止
になりました。

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××年 11月 1日
完了 令和××年 11月 20日

完了年月日は支払いが終了し
た日（領収書に記載されている
領収日）または領収書の発行日

- 3 補助金等交付申請額 金 26,986円

(余白部分に次の事項を記載)

- | | | |
|---|-----------|---|
| 1 | 電話番号 | 0138-××-×××× |
| 2 | 銀行等の名称 | 〇〇銀行 〇〇支店 |
| 3 | 口座番号 | 普通預金 ×××××× |
| 4 | 口座名（フリガナ） | マルマルホウジンマルマルガクエンリジチョウ
〇〇法人〇〇学園理事長 〇〇〇〇 |