

〔様式第 6 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒 ー
所 在 地
名 称
代表者の氏名
(学校・施設の名称)
(所 在 地)

大阪市結核定期健康診断補助金中止・廃止承認申請書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて補助金の交付決定を受けた補助について、次のとおり中止・廃止する必要がありますので、大阪市長の承認を申請します。

記

1 中止・廃止の理由（中止の場合は、その期間）