

〔様式第5号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒

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変更承認申請書

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、次のとおり変更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 変更する内容

○交付決定金額に係る変更

当初交付決定額 _____ 円

変更承認申請額 _____ 円

○その他

2 添付書類

結核定期健康診断補助事業計画内訳書（様式F）

私立学校・施設等補助事業収支予算書（様式B）

その他市長が必要と認める書類