

確定通知書(様式第8号)
の通知日以降の日付

令和 〇〇 年 ΔΔ 月 ×× 日

確定通知書(様式第8号)の
確定金額

次のとおり請求します。

金額	¥ 31,466円也
内容	
令和6年度 大阪市結核定期健康診断補助金	
債権者は学校・施設名ではなく、必ず法人名とその住所、理事長名を正しく記入	

☐債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

[illegible]

金融機関名称	〇〇銀行	支店名称	××支店
預金種別	普通or当座	口座番号	△△△△△△
フリガナ 口座名義	ガッコウホウジン オオサカシヤクショガクエン		
	学校法人 大阪市役所学園		
	誤りのないよう、正しく記入		

局出納員・区会計 管理者確認印	印影等照合先（契約番号等）		執行主管コード		支出命令番号	
	請求書等 確認者認印					
業務区分		☐ 歳出	☐ 歳入	☐ 歳計外	☐ 基金	