

〔様式第 4 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交付申請取下書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて通知のありました大阪
市結核定期健康診断補助金の交付決定については、大阪市結核定期健康診断補助金交付
要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請を取り下げます。

記

- 1 補助金交付決定通知書を受け取った日 令和 年 月 日
- 2 取下げの理由