

〔様式第 6 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、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 8 条第 1 項の規定により、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 C）
私立学校・施設等事業収支予算書抄本（様式 B）
その他市長が必要と認める書類