

[様式第1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交付申請書

標題の補助金について交付を受けたいので、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱(以下「本市補助金要綱」という。)第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

1 補助金交付申請額及びその算出の基礎

(1) 申請額 金 _____ 円

(2) 算出基礎

結核定期健康診断補助事業計画内訳書(様式A)に記載

2 補助金交付対象事業の名称、目的及び内容

(1) 名称 大阪市結核定期健康診断補助金

(2) 目的 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の規定により、学校又は施設の実施義務者が定期健康診断を実施した場合、本市補助金要綱の基準により補助金額を交付する。

(3) 内容 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第58条の3に規定する定期の健康診断に要する費用。

3 補助事業の開始及び完了予定日

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

4 添付書類

結核定期健康診断補助事業計画内訳書(様式A)

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