

[様式第5号]

大阪市結核定期健康診断補助金交付請求書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

住所
氏名

次のとおり請求します。

金額	¥	円也
内容		
令和7年度 大阪市結核定期健康診断補助金		

※金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号		指定口座	
-------	--	------	--

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称	支店名称
預金種別	口座番号
フリガナ 口座名義	

本市記入欄

印影等照合先 (契約番号等)	執行主管コード	支出命令番号		
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基金