〔様式第５号〕

確定通知書（様式第11号）の通知日以降の日付

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

確定通知書（様式第11号）の確定金額

住所　大阪市北区中之島1-3-20
氏名　学校法人　大阪市役所学園
理事長　大阪　太郎

次のとおり請求します。

金額	￥　３４，０６０円也
内容	
令和7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

※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	○○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

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	□歳 出	□歳 入	□歳 計 外	□基 金