

(第1号様式)

# 結核健康診断費補助申請書

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

(住所)

(氏名)

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者名)

学校・施設名

年度における結核健康診断補助費については下記の通り交付してください。

記

金額

結核予防事業費

区分	支出済額	事業収入額	差引額	算定基準額	補助基本額	補助率	補助申請額
申請額	円	円	円	円	円	$\frac{2}{3}$	円
* 審査決定額						$\frac{2}{3}$	

\*印欄は記入しないこと。