

記 載 例

様式第1号

仙台市結核定期健康診断補助金交付申請書

令和〇年〇月〇〇日

(あて先) 仙台市長

申請者は、私立学校又は
社会福祉施設の設置者
(学校法人又は社会福祉法人
等の代表者)です。

申請者 所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7-1
名 称 社会福祉法人 仙台福祉会
代表者名 理事長 青葉 一郎
学校または施設名 社会福祉法人 仙台福祉会 青葉苑
担当者名 上杉 愛子
電話番号 022-214-8452

押印は省略可
になりました。

標記の補助金の交付を受けたいので、仙台市補助金等交付規則第3条及び仙台市結核定期健康診断補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、暴力団等との関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際には誠実に対応します。

記

1 申請金額 金 25,273 円

2 添付書類

- (1) 実施結果報告書 (様式第2号)
- (2) 事業実績を証する書類 (領収書の写し等)
- (3) 収支計算書 (様式第3号)
- (4) 市税納付状況照会同意書 (様式第4号)

様式第2号の申請額 (G) 欄の金額を
記載してください。
金額に誤りがあった場合、再提出とな
りますので、ご注意ください。