

様式 1

結核予防対策事業費補助金交付申請書

		年	月	日
(あて先) 一宮市長				
申請者	所在地	_____		
	法人名	_____		
	代表者名	_____		
申請額	金	_____		円
定期の結核健康診断を行うため、 <u>一宮市結核予防対策事業費補助金</u> の交付を受けたいので申請します。				
【確認事項】 <input type="checkbox"/> に✓チェックを入れてください。				
<input type="checkbox"/> この補助金は交付の目的以外に使用しません。				
<input type="checkbox"/> 当法人は、一宮市暴力団等の排除に関する条例第2条に規定する暴力団又は暴力団員若しくはこれらの者に密接な関係を有するものではありません。必要な場合は、市が警察に照会することに同意します。				

【添付書類】

- ・ 総括表 (様式 1 - 1)
- ・ 実施対象別種目別支出額及び基準額算出表 (計画・変更) (様式 1 - 2)
- ・ 結核健康診断事業計画書 (様式 1 - 3)
- ・ 事業予算額調 (様式 1 - 4)