

様式第 1 6 号

東大阪市結核対策費補助金請求書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

所在地  
団体名  
代表者職氏名

学校又は施設の所在地及び名称

令和 7 年度東大阪市結核対策費補助金について、東大阪市補助金等交付規則第 1 0 条の規定により、次のとおり請求します。

|             |                    |             |              |
|-------------|--------------------|-------------|--------------|
| 補 助 年 度     | 令和 7 年度            | 補 助 金 の 名 称 | 東大阪市結核対策費補助金 |
| 交 付 決 定 通 知 | 令和 年 月 日付東大阪健保感第 号 |             |              |
| 補助金交付決定額    | 金 円                | 請 求 額       | 金 円          |

上記の補助金については、下記金融機関の口座へ振替してくださるよう依頼します。なお、振替と同時に領収したものと承知いたします。

|      |        |        |      |  |
|------|--------|--------|------|--|
| 振替先  | 金融機関名  |        | 支店名  |  |
| 預金種別 | 1 普通預金 | 2 当座預金 | 口座番号 |  |
| フリガナ |        |        |      |  |
| 名義   |        |        |      |  |