

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 7 年 1 1 月 1 1 日付 東大阪健保感第 2 7 5 0 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			