

堺市結核対策費補助金交付請求書

年 月 日

堺 市 長 様

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

年度 堺市結核対策費補助金について、堺市結核対策費補助金交付要綱第13条第2項の規定により、次のとおり請求します。

|                |       |           |                     |     |
|----------------|-------|-----------|---------------------|-----|
| 補助年度           |       |           | 補助金の名称<br>(又は補助事業名) |     |
| 交付決定通知         |       | 年 月 日付け通知 |                     | 第 号 |
| 補 助 金<br>交付決定額 |       | 円         |                     |     |
| 確定通知           |       | 年 月 日付け通知 |                     | 第 号 |
| 補 助 金<br>確定通知額 |       | 円         |                     |     |
| 内 訳            | 既受領額  | 円         |                     |     |
|                | 今回請求額 | 円         |                     |     |
|                | 残額    | 円         |                     |     |

1 補助金の交付請求の期日は、補助金の額の確定通知を受けた日から起算して10日以内。