様式第１号（第５条関係）

結核健康診断補助金交付申請書

年　　月　　日

 水戸市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所又は所在地

氏名又は名称　　　　　　　　　印

代表者の氏名

連絡先

　　結核健康診断補助金の交付を受けたいので，水戸市結核健康診断補助金交付要項第５条の規定により下記のとおり申請します。

記

１　申請額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　　(1) 結核健康診断補助金所要額調書（別紙１）

　　(2) 結核健康診断基準額内訳（別紙２）

　　(3) 歳入歳出予算書抄本