

第2号様式（第3条関係）（用紙 日本工業規格A4縦長型）

結核健康診断補助申請書 (年度)

年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 住 所

名称

代表者氏名

申請額 金 円

結核健康診断補助金として、上記金額の交付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。

- 1 結核健康診断補助申請額明細書
- 2 補助事業に係る歳入歳出決算見込書又は支出に関する領収書の写し
- 3 結核健康診断実施成績表

(振 込 先)

銀行

支店

預金種別 普通 当座 その他（ ）

口座番号

フ リ ガ ナ
名 義 人

(担当者及び連絡先)

担当者及び所属名

連絡先電話番号