様式第１号（第９条関係）

年　　月　　日

豊田市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） | 所在地 |
|  | 団体名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | （肩書き）（氏　名）　　　　　　　　　　　 |
|  | 電話番号 |

　　年度　結核予防対策事業補助金交付申請書兼実績報告書

　年度において、結核に係る定期の健康診断を実施しましたので、豊田市結核予防対策事業補助金交付要綱第９条第２項の規定により下記のとおり申請します。

記

　　補助金交付申請額　　　　　金　　　　　　　　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 同意・誓約欄(☑チェックしてください) |
| １ 豊田市税を滞納していない。 | □ |
| ２ 本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧や市税の収納状況を確認することに同意します。 | □ |

<法人番号> ※不明な場合は国税庁ＨＰ「法人番号公表サイト」でご確認下さい。

|  |
| --- |
| 法人番号（13桁） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

添付書類

１　結核予防対策事業補助金総括表

２　結核予防対策事業補助金実施対象別・種目別支出額及び基準額算出表

３　結核健康診断実施成績書

４　歳入歳出予算書写し（補正を予定している場合は、補正後の額を計上した補正予算見込書）

５　団体の定款、規約等

６　団体が法人の場合は、役員名簿

７　結核健康診断受診者名簿

８　領収書の原本または写し（原本証明をしたもの）その他参考となる資料

様式第１号（第９条関係）

Ｒ７ 年　1　月　〇〇　日

**記入例**

豊田市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| （申請者） | 所在地　　豊田市西町3丁目60番地 |
|  | 団体名　　社会福祉法人　とよた　　　　　　　　　　　　 |
|  | （肩書き）（氏　名）　　　　　　　　　 |
|  | 電話番号　0565－34－61×× |

令和6　年度　結核予防対策事業補助金交付申請書兼実績報告書

令和6年度において、結核に係る定期の健康診断を実施しましたので、豊田市結核予防対策事業補助金交付要綱第９条第２項の規定により下記のとおり申請します。

記

　　補助金交付申請額　　　　　金　　　〇×,×××　　円

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 同意・誓約欄(☑チェックしてください) |
| １ 豊田市税を滞納していない。 | ☑ |
| ２ 本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧や市税の収納状況を確認することに同意します。 | ☑ |

<法人番号> ※不明な場合は国税庁ＨＰ「法人番号公表サイト」でご確認下さい。

|  |
| --- |
| 法人番号（13桁） |
| 1 | ２ | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 | 3 |

添付書類

市税の納付状況は感染症予防課にて確認するため、法人番号のご記入と同意・誓約欄2か所にチェックをお願いします

１　結核予防対策事業補助金総括表

２　結核予防対策事業補助金実施対象別・種目別支出額及び基準額算出表

３　結核健康診断実施成績書

４　歳入歳出予算書写し（補正を予定している場合は、補正後の額を計上した補正予算見込書）

５　団体の定款、規約等

６　団体が法人の場合は、役員名簿

７　結核健康診断受診者名簿

８　領収書の原本または写し（原本証明をしたもの）その他参考となる資料