

令和 年 月 日

相 模 原 市 長 あて

(住 所)

(名 称)

(代表者氏名)

※申請者（法人名等）と施設名称が異なる場合はご記入ください

対象施設名：

## 結核健康診断事業実績報告書

標記事業にかかる補助事業の実績を次のとおり報告します。

1 実績額（補助額） 金 円

2 添付書類

- （１）結核健康診断事業精算額内訳書
- （２）支出に関する領収書（必要に応じて、補助事業に係る歳入歳出決算見込書）
- （３）結核健康診断実施成績表
- （４）その他参考となるべき書類

### 【連絡先】

所属部署及び担当者：

電 話 番 号：

書類送付先（申請者と異なる住所へ送付希望の場合はご記入ください）

住 所：