

年 月 日

高 知 市 長 様

所在地
申請者 名 称
代表者職・氏名

高知市結核定期健康診断事業変更等承認申請書

年 月 日付け 高知市指令 第 号により交付決定を受けた高知市結核定期健康診断事業費補助金について、下記のとおり事業内容の変更・中止・廃止をしたいので、高知市結核定期健康診断事業費補助金交付要綱第8条第1項の規定により変更等の承認を申請します。

記

- 1 施設名称
- 2 変更等の理由
- 3 変更等の内容

変更等申請額	金	円
前回申請額	金	円
差引増減額	金	円