

様式第8号（第10条関係）

年 月 日

高 知 市 長 様

所在地  
報告者 名 称  
代表者

高知市結核定期健康診断事業実績報告書

年 月 日付け 高知市指令 第 号により交付決定を受けた 年度高知市結核定期健康診断事業費補助金について、下記のとおり補助事業が完了したので、高知市結核定期健康診断事業費補助金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 施設名称
- 2 補助金交付決定額 金 円
- 3 事業完了日 年 月 日
- 4 添付書類
  - (1) 結核定期健康診断事業費補助金精算額等調書（様式第9号）
  - (2) 結核定期健康診断事業収支決算書（様式第10号）
  - (3) 委託医療機関の発行する請求書又は領収書及び明細書の写し
  - (4) その他
- 5 振込先口座

| 銀 行 名 | 銀行   |      |      | 支店・出張所 |
|-------|------|------|------|--------|
| 預金種別  | 1 普通 | 2 当座 | 口座番号 |        |
| 口座名義人 | フリガナ |      |      |        |
|       | 氏名   |      |      |        |

注 1 預金種別は、該当番号を○で囲んでください。  
2 口座名義人氏名には、必ずフリガナをお書きください。  
3 口座名義人氏名に職名がついているときは、省略せず正確に記載してください。  
4 口座名義人と申請者が異なる場合は、別に委任状を提出してください。