別記第１号様式（要項第３条関係）

第　　　号

　　年　　月　　日

熊本県知事　木村　敬　様

　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

令和６年度（２０２４年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金交付

申請書

令和６年度（２０２４年度）において、熊本県私立学校等結核予防費補助金事業を実施したいので、金　　　　　　円を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第３条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第３条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

添付書類

（１）熊本県私立学校等結核予防費補助金事業計画書

（別記第１号様式（要領第３関係））

（２）収支予算書（別記第２号様式（要領第３関係））

※申請者の押印を省略する場合

|  |
| --- |
| 書類発行責任者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）： |
| 担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）： |