

第4条関係

市費補助事業等交付申請書兼実績報告書

箇所は記載例
金額は全て税込

提出期限は当該年度の3月31日です。

令和7年2月20日

(宛先) 岡崎市長

様式1-3と同じ住所・名称・代表者名となるよう記載してください。
(押印の必要はありません。)

(補助事業者)

住所 岡崎市〇〇町〇番地〇
名称 学校法人 〇〇〇学園
代表者 理事長 岡崎 太郎

結核予防対策事業について、次のとおり実施しましたので補助金を交付してください。

- 1 市費補助事業等の名称
結核予防対策事業
- 2 市費補助金事業等の内容
結核に係る定期の健康診断事業
- 3 交付を受けようとする市費補助金等の額
金 479,873 円
- 4 市費補助事業等の実施期間
令和6年4月1日から 令和7年2月1日
- 5 補助事業等の成果
(本補助金の目的に沿った成果を記入ください。)
- 6 添付書類

様式1-1⑦と同額になるよう記載してください。

記入してください。
期間の終期は、本報告書提出日
までの日付となります。

記入してください。

- (1) 結核予防対策事業費補助金申請額総括表 (様式1-1)
- (2) 結核予防対策事業費補助金実績書 (様式1-2 (A))
- (3) 結核予防対策事業費補助金経費別支出明細書 (様式1-2 (B))
- (4) 健康診断実施成績書 (様式1-2 (C))
- (5) 当該事業に関する収支決算 (見込) 書抄本 (様式1-3)
- (6) 事業費の支払いに係る書類 (領収書等) の写し
- (7) 結核健康診断月報の写し
(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第27条の5関係)
- (8) その他市長が必要と認める書類の写し

担当者 (問い合わせ先)	氏名	所属	連絡先		
			電話		
			FAX		
			メール		

代表番号ではなく、担当者の方に連絡できる直通番号をご記入ください。

補助事業者の名称をご記入ください。
(以下も同様です。)

結核予防対策事業費補助金申請額総括表

補助事業	学校・施設名	対象経費の 支出額 ① 円	寄付金 その他 の収入額 ② 円	差引額 (①-②) ③ 円	算定基準に よる算定額 ④ 円	補助基本額 ⑤ 円	要補助額 (⑤×2/3) ⑥ 円	補助事業者名	
								補助申請額 ⑦ 円	交付確定額 ⑧ 円
結核 予防 対策 事業 費	〇〇大学	157,500	0	157,500	(様式1-2(A) 算定基準に よる額の合計金 額)	③と④を比較 して少ない方 の額	/	/	/
	〇〇〇専門学校	142,800	0	142,800					
	〇〇〇高等学校	446,250	0	446,250					
合 計		746,550	0	746,550	719,810	719,810	479,873	479,873	※

様式1-2と同じ学校・施設名であることを確認してください。

交付申請書兼実績報告書の「3 交付を受けようとする市費補助金等の額」と同額であることを確認してください。

(注) ※は記入しないこと

様式1-3の(収入の部)総事業費及び(支出の部)総事業費と同額であることを確認してください。

様式1-3(C)と同額であることを確認してください。補助率2/3を乗じた際に生じた1円未満の端数は切り捨てです。

様式1-2 (A)

結核予防対策事業費補助金実績書

					補助事業者名	学校法人 ○○○学園
区 分	間接撮影			直接撮影	委託	計
	レンズカメラ 円	70 mm ミラーカメラ 円	100 mm ミラーカメラ 円			
補助基準単価(A)※1	454	478.	505	1,767		
実施件数(B)			1,150	80		
内訳 ※2	○○大学		300			
	○○○専門学校			80		
	○○○高等学校		850			
算定基準による算定額 (A) × (B)			578,450	141,360		719,810

当該年度の算定基準単価
をご記入ください。
不明な場合はお問い合わせ
ください。

内訳の合計数をご記入
ください。

様式1-1と同じである
ことを確認してください。

間接撮影及び直接撮影の合計金額をご記入ください。
様式1-1④と同額であることを確認してください。

(様式1-1総括
表④と同額)

※1 補助基準単価は、当該年度の「感染症予防事業費等国庫負担（補助）金交付要綱」における結核の健康診断等に係る基準単価とする。

2 内訳には、学校（施設）ごとの対象人数を記入すること。

様式1-2 (B)

結核予防対策事業費補助金経費別支出明細書

															補助事業者名	学校法人 ○○○学園		
区分 学校・施設名	健康診断費														合計金額			
	委託料									直接撮影						その他		
	間接撮影																	
	レンズカメラ			70 mm ミラーカメラ			100 mm ミラーカメラ											
件数	単価	金額	件数	単価	金額	件数	単価	金額	件数	単価	金額	件数	単価	金額				
○○大学						300	525	157,500							157,500			
○○○専門学校									80	1,785	142,800				142,800			
○○○高等学校						850	525	446,250							446,250			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 様式1-1と同じであることを確認してください。 </div>																		
合計						1,150		603,750	80		142,800				746,550			

税込み金額で、実際に要した費用を記入してください。

用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 とする。

健康診断実施成績書

(7) 結核健康診断月報の写しと同じであることを確認してください。

補助事業者名 学校法人 ○○○学園

学校・施設名	対象人員 (新入学生、 65歳以上)	受診者	X線撮影		実施期日	被発見者		備考
			間接撮影者	直接撮影者		結核患者	結核発病の 恐れがあると 診断された者	
○○大学	300	300	300		令和5年4月5日	0	0	
○○○専門学校	80	80		80	令和5年10月1日	0	0	
○○○高等学校	855	850	850		令和6年1月22日 ~24日	0	0	5人自費診療
様式1-1と同じであることを確認してください。		対象人員と受診者が異なる場合は、理由を備考に記入してください。 被発見者がいる場合は、詳細を備考に記入してください。						

(注) 1. 受診者は、間接撮影者及び直接撮影者欄の合計数であること。
2. やむをえない事情により医療機関で直接撮影のみを行ったものについては、その旨を明記し備考欄に数を計上すること。

様式1-3

収支決算（見込）書抄本

収入の部

総事業費	内訳	
円(A) 746,550	寄付金その他の収入額(B)	0 円
	結核予防対策事業費補助金(C)	479,873
	事業決算(D) = (A) - (B) - (C)	266,677

様式1-1②と同額であることを確認してください。

交付申請書兼実績報告書の「3 交付を受けようとする市費補助金等の額」及び様式1-1⑦と同額であることを確認してください。

支出の部

区分	総事業費	うち対象経費
報酬	円	円
需用費		
委託料	746,550	746,550
使用料及び賃借料		
備品購入費		
計	746,550	746,550

金額が一致していること、様式1-1①と同額であることを確認してください。

様式1-1③と同額であることを確認してください。

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。・代表者名となるよう記載してください。

令和7年2月20日

交付申請書兼実績報告書と同じ日付、住所、名称、代表者名であることを確認してください。
(押印の必要はありません。)

住所 岡崎市〇〇町〇番地〇
名称 学校法人 〇〇〇学園
代表者 理事長 岡崎 太郎