第４条関係

市費補助事業等交付申請書兼実績報告書

　　年　　月　　日

　（宛先）岡崎市長

　　　　　　　　　　　(補助事業者)　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)

(※)代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。

　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

　　　　　　　　　　　　　　　円

４　市費補助事業等の実施期間

　　　　　　　　年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日

５　補助事業等の成果

６　添付書類

　⑴　結核予防対策事業費補助金申請額総括表（様式１－１）

　⑵　結核予防対策事業費補助金実績書（様式１－２（Ａ））

　⑶　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））

　⑷　健康診断実施成績書（様式１－２（Ｃ））

　⑸　当該事業に関する収支決算（見込）書抄本（様式１－３）

　⑹　事業費が分かる請求書の写し

　⑺　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)

　⑻　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 | 電話等 |
|  |  | 電話 |  |
| FAX |  |

様式１－１

結核予防対策事業費補助金申請額総括表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 補助事業者名 |  |
| 補助事業 | 学校・施設名 | 対象経費の支出額 | 寄付金その他の収入額 | 差　引　額（①－②） | 算定基準による算定額 | 補助基本額 | 要補助額（⑤×2／3）  | 補助申請額 | 交付確定額 |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 結核予防対策事業費 | 健康診断費 |  |  |  |  | (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 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |  | ※ |

（注）※は記入しないこと

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 |  |
| 区　　　分 | 間接撮影 | 直接撮影 | 委託先医療機関名 | 合　　　計 |
| レンズカメラ | 70㎜ミラーカメラ | 100㎜ミラーカメラ |
| 円 | 円 | 円 | 円 |
| 補助基準単価（Ａ）※１ |  |  |  |  |  | (様式１－１総括表④と同額) |
| 実施件数（Ｂ） |  |  |  |  |  |
| 内訳※２ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 算定基準による算定額（Ａ）×（Ｂ） |  |  |  |  |  |  |

※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 |  |
| 　　　　　区　分　学校・施設名 | 健康診断費 | 合計金額 |
| 委託料 | その他 |
| 間接撮影 | 直接撮影 |
| レンズカメラ | 70㎜ミラーカメラ | 100㎜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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

様式１－２（Ｃ）

健康診断実施成績書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 補助事業者名 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（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) | 寄付金その他の収入額(Ｂ） | 　円 |
| 結核予防対策事業費補助金（Ｃ） | 　　 |
| 事業決算(Ｄ)＝(Ａ)－(Ｂ)－(Ｃ) | 　　 |

支　出　の　部

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 総事業費 | うち対象経費 |
|  | 　円 | 　円 |
|  | 　　 | 　　 |
|  | 　　 | 　　 |
|  | 　　 | 　　 |
|  | 　　 | 　　 |
| 計 | 　　 | 　　 |

　　この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)

(※)代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。