

第3号様式

補助事業等計画変更・中止（廃止）申請書

令和 年 月 日

いわき市長

様

指令日及び指令番号は決定通知書の番号を記入してください。

住所又は所在地  
氏名又は名称

印

指令日 令和 年 月 日	指令番号 いわき市指令第 号	補助年度 令和 6 年度
補助金等の名称 いわき市結核予防事業費補助金		
補助事業等の 経費所要額	別紙1のAと同額であることを確認してください	
補助金等の額	別紙1のHと同額であることを確認してください	
変更（中止、廃止）の 理 由	例) 受診者数の減少	
変更の内容	例) 体調不良・入院等により、受診者が5名減少した。 (30人→5人)	
添付書類	別紙1.2.3 受診者名簿	
摘 要		

令和 6 年度 結核予防費(健康診断)補助金補助金所要額調

例) 直接撮影 30人から25人に変更

学校施設等名称 〇〇〇学校 又は 特別養護老人ホーム▲▲

区分	総事業費 A	収入予定額 B	差引額 C (A - B)	基準額 D	対象経費支出予定額 E	選定額 F DとEを比較して 少ないほうの額	市補助額 基本額 G	市補助所要額 G × 2/3 = H	備考
結核健康診断  円	52,500	0	0	44,175	52,500	44,175	44,175	29,450	

変更後の総事業費を記入してください。第3号様式の経費所要額と同額であることを確認してください。

別紙2の「①×②」と同額であることを確認してください。

総事業費A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1,000円未満の端数は切り捨てです。

記入例

別紙 2

令和 6 年度 結核定期健康診断補助金交付所要額明細表

例) 直接撮影 30 人から 25 人に変更

学校施設等名称 ○○○学校 又は 特別養護老人ホーム▲▲

区分	撮影			直接撮影	喀検	痰査	その他	合計
	レンズカメラ	70mmカメラ	100mmカメラ					
補助対象受診予定人員 ① 人				25				25
補助基準単価 ② 円	454	478	506	1,767	5,170			
基準算定額 ① × ② 円				44,175				
補助対象支出予定額 円								52,500

- 注) 1 この表は、結核予防事業のため各該当項目の経費として実支出され「支出証書」が明確に作成されているものについて記入すること。  
 2 事後措置を行った場合には、その他の欄にその内容等を記入すること。  
 3 補助対象支出予定額の欄には、当該補助対象受診(予定)人員の健康診断に要した経費を記入すること

別紙1のEと同額であることを確認してください。

令和 6 年度 結核定期健康診断(実施計画・実績)明細表

例) 直接撮影 30 人から 25 人に変更

学校施設等名称 ○○○学校 又は 特別養護老人ホーム▲▲

区 分	対 象 数 人	受 診 者 数 人	受 診 率 %	間 接 撮 影		直 撮	接 影	喀 検	痰 査	そ の 他
				レ ン ズ カ メ ラ	7 0 m m ミ ラ ー カ メ ラ					
学 校 長 ・ 入 所 者 数 入 学 者 数 ・	30	25	83.3				25			
施 設 長 合 計	30	25	83.3				25			

注)1 対象人数は、事業着手時の調査によるものとする。