

補助金等交付申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

いわき市債権者登録  
事業所は、登録住所と  
登録代表者名を記入  
してください。

申請者

住所又は所在地 いわき市▲▲町▲▲丁目 1-10  
社会福祉法人●●●会  
氏名又は名称 特別養護老人ホーム○○○○  
理事長 □□ □□□

|                          |                           |          |       |
|--------------------------|---------------------------|----------|-------|
| 補助年度<br>令和6年度            | 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金 |          |       |
| 補助事業等の目的及び内容<br>結核定期健康診断 | 補助金等の経費所要額<br>別紙1のE欄と同額 円 |          |       |
| 健診着手予定日                  | 完了予定日                     |          |       |
| 補助金額<br>別紙1のH欄と同額 円      |                           |          |       |
| 補助事業等の工期<br>令和 年 月 日着手   | 令和 年 月 日完了(予定)            |          |       |
| 添付書類<br>1 事業計画書          | 2 収支予算書                   | 3 前年度決算書 | 4 その他 |
| 担当課所見(申請者は記入しないでください。)   |                           |          |       |

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) 直接撮影で30人の健診を予定

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<br>A | 収入予定額<br>B | 差引額<br>C<br>(A - B) | 基準額<br>D | 対象経費支出<br>予定額<br>E | 選定額<br>F<br>DとEを比較して<br>少ないほうの額 | 市補助額<br>基本額<br>G | 市補助<br>所要額<br>G × 2/3 = H | 備考 |
|-------------|-----------|------------|---------------------|----------|--------------------|---------------------------------|------------------|---------------------------|----|
| 結核健康診断<br>円 | 63,000    | 0          | 0                   | 53,010   | 63,000             | 53,010                          | 53,010           | 35,340                    |    |

寄付金や一部自己負担等の収入があれば記入してください。

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) 直接撮影で 30 人の健診を予定

学校施設等名称 ○○○学校 又は 特別養護老人ホーム▲▲

| 区分                            | 間 接 撮 影        |                           |                             | 直 撮    | 接 影   | 喀 検 | 痰 査 | そ の 他 | 合 計    |
|-------------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------------|--------|-------|-----|-----|-------|--------|
|                               | レ ン ズ<br>カ メ ラ | 7 0 m m<br>ミ ラ ー<br>カ メ ラ | 1 0 0 m m<br>ミ ラ ー<br>カ メ ラ |        |       |     |     |       |        |
| 補 助 対 象<br>受 診 予 定 人 員<br>① 人 |                |                           |                             | 30     |       |     |     |       | 30     |
| 補 助 基 準 単 価<br>② 円            | 454            | 478                       | 506                         | 1,767  | 5,170 |     |     |       |        |
| 基 準 算 定 額<br>① × ② 円          |                |                           |                             | 53,010 |       |     |     |       |        |
| 補 助 対 象<br>支 出 予 定 額<br>円     |                |                           |                             |        |       |     |     |       | 63,000 |

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) 直接撮影で 30 人の健診を予定

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<br>人 | 受診者数<br>人 | 受診率<br>% | 間 接 撮 影                    |                                       |   | 直<br>撮 | 接<br>影 | 喀<br>検 | 痰<br>査 | そ の 他 |
|------------------------------|----------|-----------|----------|----------------------------|---------------------------------------|---|--------|--------|--------|--------|-------|
|                              |          |           |          | レ<br>ン<br>ズ<br>カ<br>メ<br>ラ | 7 0 m m<br>ミ<br>ラ<br>ー<br>カ<br>メ<br>ラ | 1 0 0 m m<br>ミ<br>ラ<br>ー<br>カ<br>メ<br>ラ |        |        |        |        |       |
| 学校長・<br>施設長<br>入学者数・<br>入所者数 | 30       | 30        | 100      |                            |                                       |   | 30     |        |        |        |       |
| 合計                           | 30       | 30        | 100      |                            |                                       |   | 30     |        |        |        |       |

注) 1 対象人数は、事業着手時の調査によるものとする。

入学者は入学した年度の学生（新1年生）、  
入所者は65歳以上の入所者の数であることを  
確認してください。

補助事業着手(完了)届

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

氏名又は名称

印

|   |                   |  |
|---|-------------------|--|
| 指令日<br>年 月 日                                  | 指令番号<br>いわき市指令第 号 | 補助年度<br>令和 6 年度                            |
| 補助金等の名称<br><b>いわき市結核予防事業費補助金</b>              |                   |  |
| 補助事業等の内容<br><b>結核定期健康診断</b>                   |                   |  |
| 補助事業等の施工場所<br><b>健診を実施した場所 (学校又は施設、医療機関等)</b> |                   | 第7号様式の着手日・完了日と同日であることを確認してください。<br>年 月 日着手 |
|   |                   | 年 月 日完了                                    |
| 届出事項審査結果 (届人は記入しないでください。)                     |                   |  |

補助金等交付請求書

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

|  |                     |                 |
|--|---------------------|-----------------|
| 指令日<br>令和 年 月 日                                | 指令番号<br>いわき市指令第 号   | 補助年度<br>令和 6 年度 |
| 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金                      |                     |                 |
| ① 補助金等の交付決定通知額<br>決定通知書の決定額を記入してください。 円        | ③ 今回交付請求額<br>①と同額 円 |                 |
| ② 既交付額<br>既交付額がなければ「0」円 円                      | ④未交付額〔①－(②+③)〕 円    |                 |
| 既交付額の内訳<br>年 月 日 円交付<br>年 月 日 円交付<br>年 月 日 円交付 | 備考                  |                 |

補助金等実績報告書

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

氏名又は名称

印

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| 指令日<br>令和 年 月 日                                      | 指令番号<br>いわき市指令第 号                         | 補助年度<br>令和 6 年度 |
| 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金                            |   |                 |
| 補助事業等の内容<br>結核定期健康診断                                 |   |                 |
| 補助事業等の施工場所<br>健診を実施した場所を記入してください。                    | 補助事業等の経費積算額<br>円                          |                 |
| 決定通知書の決定額を記入してください。                                  | 補助金等の交付決定通知額<br>円                         |                 |
| 補助金等の最終交付日<br>年 月 日                                  | 着手期日<br>年 月 日                             | 完了期日<br>年 月 日   |
| 添付書類<br>1 収支決算書<br>2 工事の施工に係るものにあつては工事完成の写真<br>③ その他 | 報告事項審査結果（補助事業者等は記入しないでください。）<br>健診着手日 完了日 |                 |

実際に要した費用を記入してください。

健診を実施した場所を記入してください。

決定通知書の決定額を記入してください。

健診着手日

完了日