第１号様式

記入例

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〇〇〇〇
理事長　□□　□□□

補助年度 令和７年度	補助金等の名称 いわき市結核予防事業費補助金
補助事業等の目的及び内容 結核定期健康診断	補助金等の経費所要額 別紙１のＥ欄と同額　円
	補助金額 別紙１のＨ欄と同額　円
補助事業等の工期 令和　年　月　日着手　令和　年　月　日完了（予定）	
添付書類 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。）	

健診着手予定日

完了予定日

別紙　1

記入例

令和　7　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 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	市補助基本額 G	市補助所要額 G×2/3=H	備　考
結核健康診断 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。

記入例

別紙 2　　令和 7 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　　〇〇〇学校　又は　特別養護老人ホーム▲▲

区分	間接撮影			直接撮影	喀痰検査	その他	合計
	レンズカメラ	70mmミラーカメラ	100mmミラーカメラ				
補助対象受診予定人員 ①　人				30			30
補助基準単価 ②　円	454	478	506	1, 767	5, 170		
基準算定額 ①　×　②　円				53, 010			
補助対象支出予定額　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。

別 紙 3

記入例

令和 7 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　〇〇〇学校　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			直接撮影	喀痰検査	その他
					レンズカメラ	70mmミラーカメラ	100mmミラーカメラ			
学校長・施設長	入学者数・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。

第５号様式

記入例

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 年　月　日	指令番号 いわき市指令第　　号	補助年度 令和　7　年度
補助金等の名称 いわき市結核予防事業費補助金		
補助事業等の内容 結核定期健康診断		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。
補助事業等の施工場所 健診を実施した場所（学校又は施設、医療機関等）		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。）		

第５号様式

記入例

補　助　事　業　~~着　手~~　（　完　了　）　届

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 令和　　年　　月　　日	指令番号 いわき市指令第　　号	補助年度 令和　７　年度
補助金等の名称 いわき市結核予防事業費補助金		
補助事業等の内容 結核定期健康診断		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。
補助事業等の施工場所 健診を実施した場所（学校又は施設、医療機関等）		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。）		

第６号様式

記入例

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 令和　年　月　日	指令番号 いわき市指令第　　号	補助年度 令和　7　年度
補助金等の名称 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 **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 **①　と同額**　円
②　既交付額 **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 年　月　日　円交付 年　月　日　円交付 年　月　日　円交付		備考

第７号様式

記入例

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 令和　　年　　月　　日	指令番号 いわき市指令第　　号	補助年度 令和　７　年度
補助金等の名称 いわき市結核予防事業費補助金		
補助事業等の内容 結核定期健康診断 実際に要した費用を記入してください。		
補助事業等の施工場所 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 円	
	補助金等の交付決定通知額 円 決定通知書の決定額を記入してください。	
補助金等の最終交付日 年　　月　　日	着手期日 年　　月　　日	完了期日 年　　月　　日
添付書類 １　収支決算書 ２　工事の施工に係るものにあっては工事完成の写真 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。） 健診着手日 完了日	