

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 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。）		

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 ○○○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 $G \times 2/3 = H$	備 考
結核健康診断 円	63,000	0	63,000	53,010	63,000	53,010	53,010	35,340	

※ 実際の
支出予定額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 ○○○学校 又は 特別養護老人ホーム▲▲

区 分	間 接 撮 影			直 接 撮 影	喀 検	痰 査	そ の 他	合 計
	レ ン ズ カ メ ラ	7 0 m m ミ ラ ー カ メ ラ	1 0 0 m m 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。

※ 実際の支出予定額を記入してください。

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 ○○○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	1 0 0 m m 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。

記入例

補 助 事 業 着 手 (完—子) 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

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		
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）		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。 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。）		

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

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		
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）		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。 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 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

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

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		
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	
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 円	
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つ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	