

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

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 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 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 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	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	52,500	0	52,500	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。

※ 実際の支出予定額を記入

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円未満の端数
は切り捨てです。

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 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	間 接 撮 影			直 撮	接 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				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。

※ 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 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	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	25	83. 3				25				
	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。