

記載例

法人または施設の代表者の印を省略する場合には、申請書下の【連絡先】「所属部署及び担当者」欄に、責任者氏名を追記して下さい。

結核健康診断補助金交付申請書

令和 年 月 日

相模原市長 あて

住所、名称、代表者氏名が市の支払金口座の登録内容と異なる場合には、支払金口座振替依頼書を提出してください。

代表者の役職名（理事長、学校長、施設長等）も忘れずに記載してください。

申請者の名称と対象施設名が異なる場合には、施設名を記載してください。

申請者

住 所 相模原市●区●●

名 称 社会福祉法人●●会

代表者氏名 理事長●●●●の理事長印等

※申請者（法人名等）と施設名称が異なる場合はご記入ください

対象施設名 ① 特別養護老人ホーム●●
②

申請金額 金 ●, ●●●円

結核健康診断補助金交付申請額明細書の「補助申請額」と同額になります。
申請後、申請金額以上の補助金が必要となる場合には、「結核健康診断事業補助金変更（中止、廃止）承認申請書」を提出してください。

結核健康診断補助金として、上記金額の交付を受けたいので、次の書類を添えて申請します。

- 1 結核健康診断補助金交付申請額明細書
- 2 補助事業に係る歳入歳出決算見込書
- 3 結核健康診断実施成績表
- 4 支払金口座振替依頼書（過年度に補助金の交付を受け、かつ申請者及び振込先口座が同じ場合は提出不要です。）

担当者の所属部署・氏名・電話番号を記載してください。
申請者と異なる住所へ関係書類の送付を希望される場合は、書類送付先を記載してください。

申請書の代表者（法人または施設）の印を省略する場合には、責任者・役職（所属部署）・氏名を追記して下さい。

【連絡先】 担当者 所属部署及び担当者：事務 □□ □□
電 話 番 号：042-●●●●-●●●●
書類送付先（申請者と異なる住所へ送付希望の場合はご記入ください）
住 所：相模原市△区△△

責任者 事務長 △△ △△

結核健康診断補助金交付申請額明細書

(単位 円)

区 分	支 出 済 額 (I)	補 助 基 準 額 (II)	補 助 基 本 額 (I と II を 比較し少な い額)	補 助 率	補 助 申 請 額
合 計				$\frac{2}{3}$	

【備考】

- 1 「支出済額 (I)」の欄には実際に支出した額を記入してください。ただし、別添「結核健康診断事業補助金交付要綱」をご参照いただき、補助対象外の経費は除いてください。また、申請時に事業が終了していない場合は、予定額を記入してください。
- 2 「補助基準額 (II)」の欄には、別添「結核健康診断実施成績表」の補助基準額と同額となるよう記入してください。
- 3 「補助基本額」の欄は、「支出済額」又は「補助基準額」のいずれか少ない額を記入してください。
- 4 「補助申請額」の欄には、「補助基本額」の合計額に補助率 ($\frac{2}{3}$) を乗じて得た額を記入してください (1 円未満の端数は切り捨て)。

補助対象者にかかる費用 (税込) の金額を記載してください。(胸部エックス線検査単価 (税込) × 補助対象人員)

結核健康診断実施成績表の補助基準額 (A) × (B) の金額を記載してください。

支出済額 (I) と補助基準額 (II) と比較して少ない金額を記載してください。

補助基本額 × $\frac{2}{3}$ の金額を記載してください。

補助事業に係る歳入歳出決算見込書

(単位 円)

名 目	予算現額	支出済額	内 訳		備 考
			区分	予算現額	
入所者健康診断	●, ●●●●	●, ●●●●	65歳以上施設入所者胸部エックス線撮影(直接)	●, ●●●●	
診断費用、入所者健康診断等を記載してください。					
業にかかる費用のみ記載してください。 助金の収入（見込）は含めません。					
入学者健康診断、65歳以上施設入所者胸部エックス線検査（直接撮影）等を記載してください。 エックス線検査は、健診業者に確認の上、直接撮影・間接撮影デジタルの種別を記載してください。					
本件にかかる費用の内訳を記載してください。 例）胸部エックス線検査 （税込単価 1,600 円×100 人） 計 160,000 円 等 本補助金の収入（見込）は含めません。					

結核健康診断補助金交付申請書の提出時は、実施予定の補助対象人数について記載してください。

結核健康診断実施報告書の提出時は、実施済みの補助対象人数について記載してください。

結核健康診断事業補助金変更（中止、廃止）承認申請書の提出時は、変更後の補助対象人数について記載してください。

結核健康診断補助金交付申請書の提出時に記載した実施人員よりも増員があった場合等、事業の変更があった場合には、「結核健康診断事業補助金変更（中止、廃止）承認申請書」を提出してください。

記載例

結 核 健 康 診 断 実 施 成 績 表

区 分	対 象 人 員 (人)	実 施 人 員 (人)	被 発 見 患 者 数	
			発病のおそれがある者 (人)	結 核 患 者 (人)
大学・短大・専修学校 (入学した年度のみ)	100	100	0	0
高 等 学 校 (入学した年度のみ)				
※ 施 設 入 所 者 (6 5 歳 以 上)				
人 員 計 (A)	100	100	0	0
補 助 基 準 単 価 (B)	506 円			
補 助 基 準 額 (A) × (B)	50,600 円			

※補助基準額が結核健康診断補助金交付申請額明細書及び結核健康診断事業精算額内訳書の補助基準額（Ⅱ）となります。

※申請時に事業が終了していない場合は予定額を記入してください。

※施設とは、社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号までに規定する施設です。

健康診断実施の結果、発病のおそれがある者や、結核患者としての診断があった人数を記載してください。該当者がいなかった場合には0（ゼロ）を記載してください。