

記載例
(交付申請)

第2号様式(第3条関係) (用紙 日本工業規格A4縦長型)

結核健康診断補助申請書(〇年度)

申請書を作成した日を記載してください。

〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

学校(施設)名も忘れずに明記してください。

申請者 住所 〇〇市〇〇町〇-〇〇

名称 学校法人 〇〇〇
△△△学院

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。

代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇

申請額 金 39,346 円

第1号様式の「補助申請額」と同額になります。

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 結核健康診断補助申請額明細書
- 2 補助事業に係る歳入歳出決算見込書又は支出に関する領収書の写し
- 3 結核健康診断実施成績表

添付漏れが多いので注意してください。

(振込先)

〇× 銀行 □△ 支店

預金種別 普通 当座 その他 ()

口座番号 1 2 3 4 5 6 7

フリガナ 義人 ガッコウホウジン 学校法人 〇〇〇 リジチョウ 理事長 〇〇 〇〇

(担当者及び連絡先)

担当者及び所属名 〇〇室 △△
連絡先電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

口座番号や口座名義人の記入漏れ・記入誤りが多いので注意してください。また、名義人にはフリガナをつけてください。

第1号様式

ウ × 2/3を記載してください。

結核健康診断補助申請額明細書

区分	対象経費の支出予定額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助申請額
エックス線撮影	ア 228,800 円	(A) イ 59,020 円	ウ 59,020 円	2/3	39,346 円

- 備考 1 「対象経費の支出予定額」の欄には支出予定額を記入してください。
 ただし、健康診断の実施に伴って生じる収入（寄附金等）がある場合は、その収入予定額を控除した額を記入してください。
 なお、収入には、当該補助金は含みません。
- 2 「補助基準額」(A)の欄は、結核健康診断実施成績表（第3号様式）の「補助基準額」(A)と同額になるように記入してください。
- 3 「補助基本額」の欄は、「対象経費の支出予定額」と「補助基準額」の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」に補助率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ます。）。

アとイを比べて低い方を記載します。
 （通常はイになります。）

補助対象者にかかる費用（税込金額）を記載します。

第3号様式の(A)と同額になります。

第2号様式

補助事業に係る歳入歳出決算見込書（〇年度）

1 歳 入

(単位：円)

科 目	金 額	積 算 内 訳
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f9cb9c;"> <p>この欄は、本事業の実施にあたり、<u>寄附金等の収入の予定がある場合のみ記入してください。</u> なお、この欄には<u>本補助金の収入は含めません。</u></p> </div>		

2 歳 出

(単位：円)

科 目	金 額	積 算 内 訳
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>保健衛生費 (健康診断費用)</p> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">↑ 例示です。</p>	228,800 円	<p>エックス線撮影 単価 1,600 円 実施者数 130 人 小計 208,000 円 消費税 20,800 円 合計 228,800 円</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f9cb9c; margin-top: 20px;"> <p><u>補助対象者</u>にかかる費用のみ記載します。</p> <p>よって、高校2～3年生や教職員、施設の従事者、対象年齢未満の入所者に要する経費は含めないでください。</p> </div>		

第3号様式
結核健康診断実施成績表(○年度)

区 分	対象人員 (人)	実施人員 (人)	エックス線撮影 (人)	発病のおそれのある者 (人)	発見患者数 (人)
大 学					
高 等 学 校	132	130	130		
専修学校・各種学校					
施 設					
人 員 計 (ア)	132	130	130		
補 助 基 準 単 価 (イ)			454 円		
補 助 基 準 額 (ア)×(イ)			(A) 59,020		
健 康 診 断 実 施 日 (予 定 日)	○○年○○月○○日				

- 備考 1 この表中の各人員数は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53の7条の規定による報告の数と一致します。
 2 大学には短期大学及び大学院を含みます。
 3 高等学校には中等教育学校の後期課程を含みます。

健康診断実施日(予定日)を記載してください。

例

- 令和5年7月10日
- 令和5年4月～令和6年3月 等

$$130(\text{人}) \times 454(\text{円}) = 59,020(\text{円})$$

この額を第1号様式の(A)にも転記してください。

健診予定者数を記載してください。

添付漏れが多いので注意してください。

第3号様式の2

役員等氏名一覧表

申請書を作成した日で
作成してください。

○年○月○日現在の役員

役職名	氏名	氏名のカナ	生年月日 (大正 T, 昭和 S, 平成 H)	性別 (男・女)	住所
代表者 理事長	○○ ○○	○○○○	T S H ○. ○. ○	男	横浜市中区○○ 1-1-1
理事	○○ ○○	○○○○	T S H ○. ○. ○	女	横浜市中区○○ 1-1-1
			T S H . . .		
			T S H . . .		
			T S H . . .		
			T S H . . .		
			T S H . . .		
			T S H . . .		
			T S H . . .		

記載された全ての者は、代表者又は役員に暴力団員がないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて、同意しております。

法人名 学校法人 ○○○
代表者氏名 理事長 ○○ ○○

1枚で入り切らない場合には、コピーの上、複数枚でご提出をお願いします。

役職名(理事長)も忘れずに記載してください。