第１号様式（第７条関係）

越谷市私立学校等結核予防費補助金交付申請書

　　年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　越谷市私立学校等結核予防費補助金の交付を受けたいので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第５条の規定により下記のとおり申請します。

記

１　申請金額　　　　　　　　　　　　　　　　円

（算出基礎は第３号様式のとおり）

２　事業目的　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条の２の規定により行う定期の健康診断

３　添付書類

⑴　事業計画書（第２号様式）

　⑵　支出予定額調書（第３号様式）

　⑶　基準算定額内訳書（第４号様式）

　⑷　支出予定額内訳書（第５号様式）

　⑸　予算書抄本（第６号様式）

⑹　申請内容確認票（第７号様式）

問合せ先

氏　名

所　属

電　話

ＦＡＸ

E-mail

第２号様式（第７条関係）

事業計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学　校　（施　設）　名 | 受診予定者数 | 実　施　予　定　期　間 | 所　　　　在　　　　地 |
|  | 人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |
|  | 　　　　　人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |
|  | 人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |
|  | 　　　　　人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |
|  | 人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |
|  | 　　　　　人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |
|  | 人 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | 越谷市 |

第３号様式（第７条関係）

支出予定額調書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[学校・施設名]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総事業費(A) | 寄附金その他の収入額(B) | 差　引　額（C)＝(A)－(B) | 対象経費の支出予定額(D) | 基準算定額(E)　※１ | 補助基本額(F)=(C)、(D)又は(E)のいずれか低い額 | 補　助　率(G)  | 補助所要額(H)＝(F)×(G)※２ |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | ２／３ | 円 |

※１　基準算定額の内訳は、基準算定額内訳書（第４号様式）のとおり。

※２　1,000円未満の端数切り捨て。

第４号様式（第７条関係）

基準算定額内訳書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　　　　　　　　分 | X　　　　　線　　　　　撮　　　　　影 | 合　　　計 |
| 医　　療　　機　　関　　実　　施 |
| レンズカメラ | 70ｍｍミラーカメラ | 100ｍｍミラーカメラ（注1） |
| 補　助　単　価　(A) | 454円 | 478円 | 506円 |
| 予　定　件　数　(B) |  |  |  |  |
| 内　訳 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 基　準　算　定　額　　(A) × (B) |  |  |  | （注2）　　　　　　 　円 |

（注１）一次健診として実施する直接撮影については医療機関１００mmミラーカメラに計上してください。

（注２）支出予定額調書（第３号様式）の(E)と同額としてください。

※　施設においては、６５歳以上の者が対象となります（受診日の属する年度中に満６５歳以上となる者を含みます）。

※　内訳には、越谷市内の学校（施設）ごとの対象人数（学校は当該年度に入学した学生又は生徒）を記入してください。

第５号様式（第７条関係）

支出予定額内訳書

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 健　康　診　断　費 |
| 委託料 | その他 | 合計金額 |
| 間接撮影 | 直接撮影 | 費目 | 金額 |
| レンズカメラ | 70㎜ミラーカメラ | 100㎜ミラーカメラ |
| 学校・施設名 | 人数 | 単価 | 金額 | 人数 | 単価 | 金額 | 人数 | 単価 | 金額 | 人数 | 単価 | 金額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 合　　　　計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　合計金額は、支出予定額調書（第３号様式）(D)と同額としてください。

第６号様式（第７条関係）

予算書抄本（　　　　年度）

〔事業予算額〕

|  |  |
| --- | --- |
| 総事業費 | 内　　　　訳 |
| 　　　　円（A） | 寄附金その他の収入額（B) | 円 |
| 結核予防費補助金（C) |  |
| 事業予算 (D)＝（A)－(B)－(C) |  |

〔事業予定経費額〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 総 事 業 予 定 経 費 | 対　象　経　費 |
| 報　　　　　　酬 | 円 | 円 |
| 報　　 償　　 費 |  |  |
| 賃　　　　　　金 |  |  |
| 需用費 |  |  |
| 役務費 |  |  |
| 委託料 |  |  |
| 使用料及び賃借料 |  |  |
| 公　　 課　　 費 |  |  |
| 計 |  |  |

　この抄本は、原本と相違ありません。

　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

第７号様式（第７条関係）

越谷市私立学校等結核予防費補助金申請内容確認票

　補助対象者について、以下の全ての項目を満たしているかを確認の上、チェックを入れてください。

１　学校

　□　大学、高等学校、高等専門学校、専修学校又は各種学校の学生又は生徒である。

　□　修業年限が１年未満ではない（修業年限は、クラス自体の年限を指す。）。

　□　当該年度に入学した学生又は生徒である（２年生以上は含まない。）。

　　※　他の法人からの転入生等は対象となります。

２　施設

　□　入所施設に入所している者である（通所施設は対象外）。

　□　社会福祉法第２条第２項第１号、第３号、第４号及び第６号に規定する第１種社会福祉事業を行う施設である（第２種社会福祉事業を行う施設は対象外）。

　□　受診日において６５歳以上の者又は受診日の属する年度中に満６５歳となる者

以上の内容に誤りがあった場合には、越谷市の指示に従い、速やかに補助金額の修正に協力します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者