第９号様式（第１０条関係）

越谷市私立学校等結核予防費補助金事業実績報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　報告者　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　年度結核予防費補助金について事業を完了したので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第１５条第１項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　実績額又は精算額 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

　⑴　支出済額調書（第１０号様式）

　⑵　基準算定額内訳書（実績）（第１１号様式）

　⑶　支出済額内訳書（第１２号様式）

　⑷　補助対象結核健康診断実施件数内訳書（第１３号様式）

　⑸　決算（見込）書抄本（第１４号様式）

⑹　事業経費に伴う領収書の写し

(注)　領収書の写しを提出することができない場合は、銀行振込受託書に代えることができます。

また、領収内訳が不明な場合は、請求内訳等の内容の分かる文書を領収書の写しとともに添付してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　問合せ先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

第１０号様式（第１０条関係)

支出済額調書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 交付  決定額  （I） | 差額  (J)  ＝(H)－(I) |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | ２／３ | 円 | 円 | 円 |

※１　基準算定額の内訳は、基準算定額内訳書（実績）（第１１号様式）のとおり。

※２　1,000円未満の端数切り捨て。

第１１号様式（第１０条関係）

基準算定額内訳書（実績）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 実　　施　 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）支出済額調書（第１０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１２号様式（第１０条関係）

支出済額内訳書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※　合計金額は支出済額調書（第１０号様式）の(D)と同額としてください。

第１３号様式（第１０条関係）

　　年度補助対象結核健康診断実施件数内訳書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(単位：人）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　分 | | 対象者数 | Ｘ線撮影 | | |
| 高等学校等の生徒  （１年生） | 学校名・施設名 | 実施者数 | (再掲)間接撮影 | (再掲)直接撮影 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 大学・短大等の学生  （１年生）  施設入所者  （６５歳以上の者） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合　　　　計 | |  |  |  |  |

※　学校等が複数ある場合は、学校・施設等ごとに記入してください。

第１４号様式（第１０条関係）

　　　　年度決算（見込）書抄本

〔事業決算額〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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) |  |
| 事業費 (D)＝(A)－(B)－(C) |  |

〔事業経費額〕

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　分 | 総 事 業 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