

補助金等交付申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

いわき市債権者登録  
事業所は、登録住所と  
登録代表者名を記入  
してください。

申請者

住所又は所在地 いわき市▲▲町▲▲丁目 1-10  
社会福祉法人●●●会  
氏名又は名称 特別養護老人ホーム○○○○  
理事長 □□ □□□

|                                                       |                           |  |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|--|
| 補助年度<br>令和7年度                                         | 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金 |  |
| 補助事業等の目的及び内容<br><br>結核定期健康診断<br><br>健診着手予定日<br>完了予定日  | 補助金等の経費所要額<br>別紙1のE欄と同額 円 |  |
|                                                       | 補助金額<br>別紙1のH欄と同額 円       |  |
| 補助事業等の工期<br>令和 年 月 日着手      令和 年 月 日完了（予定）            |                           |  |
| 添付書類<br>1 事業計画書      2 収支予算書      3 前年度決算書      4 その他 |                           |  |
| 担当課所見（申請者は記入しないでください。）                                |                           |  |

## 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) 直接撮影で30人の健診を予定

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<br>A | 収入予定額<br>B | 差 引 額<br>C<br>( A - B ) | 基 準 額<br>D | 対象経費支<br>出 予 定 額<br>E | 選 定 額<br>F<br>DとEを比較して<br>少ないほうの額 | 市 補 助<br>基 本 額<br>G | 市 補 助<br>所 要 額<br>$G \times 2/3 = H$ | 備 考 |
|-----------------|--------------|------------|-------------------------|------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-----|
| 結核健康診断<br><br>円 | 63,000       | 0          | 63,000                  | 53,010     | 63,000                | 53,010                            | 53,010              | 35,340                               |     |

※ 実際の  
支出予定額寄付金や一部自己負  
担等の収入があれば  
記入してください。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。

# 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) 直接撮影で 30 人の健診を予定

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 接 撮 影 | 喀 検    | 痰 査 | そ の 他 | 合 計     |
|-------------------------------|----------------|---------------------------|-----------------------------|---------|--------|-----|-------|---------|
|                               | レ ン ズ<br>カ メ ラ | 7 0 m m<br>ミ ラ ー<br>カ メ ラ | 1 0 0 m m<br>ミ ラ ー<br>カ メ ラ |         |        |     |       |         |
| 補 助 対 象<br>受 診 予 定 人 員<br>① 人 |                |                           |                             | 30      |        |     |       | 30      |
| 補 助 基 準 単 価<br>② 円            | 454            | 478                       | 506                         | 1, 767  | 5, 170 |     |       |         |
| 基 準 算 定 額<br>① × ② 円          |                |                           |                             | 53, 010 |        |     |       |         |
| 補 助 対 象<br>支 出 予 定 額<br>円     |                |                           |                             |         |        |     |       | 63, 000 |

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) 直接撮影で 30 人の健診を予定

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<br>人 | 受 診 者 数<br>人 | 受 診 率<br>% | 間 接 撮 影        |                           |                             | 直 撮 | 接 影 | 喀 検 | 痰 査 | そ の 他 |
|------------------|----------------------|------------|--------------|------------|----------------|---------------------------|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-------|
|                  |                      |            |              |            | レ ン ズ<br>カ メ ラ | 7 0 m m<br>ミ ラ ー<br>カ メ ラ | 1 0 0 m m<br>ミ ラ ー<br>カ メ ラ |     |     |     |     |       |
| 学 校 長 ・<br>施 設 長 | 入 学 者 数 ・<br>入 所 者 数 | 30         | 30           | 100        |                |                           |                             | 30  |     |     |     |       |
|                  | 合 計                  | 30         | 30           | 100        |                |                           |                             | 30  |     |     |     |       |

注) 1 対象人数は、事業着手時の調査によるものとする。

入学者は入学した年度の学生（新1年生）、  
入所者は65歳以上の入所者の数であることを  
確認してください。

記入例

補 助 事 業 着 手 (完—子) 届

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

氏名又は名称 印

|                                       |                   |                                                         |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|
| 指令日<br>年 月 日                          | 指令番号<br>いわき市指令第 号 | 補助年度<br>令和 7 年度                                         |
| 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金             |                   |                                                         |
| 補助事業等の内容<br>結核定期健康診断                  |                   |                                                         |
| 補助事業等の施工場所<br>健診を実施した場所（学校又は施設、医療機関等） |                   | 第 7 号様式の着手日・完了日と同日であることを確認してください。<br>年 月 日着手<br>年 月 日完了 |
| 届出事項審査結果（届人は記入しないでください。）              |                   |                                                         |

記入例

補 助 事 業 着 手 （ 完 了 ） 届

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

氏名又は名称

印

|                                       |                   |                                                         |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------|
| 指令日<br>令和 年 月 日                       | 指令番号<br>いわき市指令第 号 | 補助年度<br>令和 7 年度                                         |
| 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金             |                   |                                                         |
| 補助事業等の内容<br>結核定期健康診断                  |                   |                                                         |
| 補助事業等の施工場所<br>健診を実施した場所（学校又は施設、医療機関等） |                   | 第 7 号様式の着手日・完了日と同日であることを確認してください。<br>年 月 日着手<br>年 月 日完了 |
| 届出事項審査結果（届人は記入しないでください。）              |                   |                                                         |

補助金等交付請求書

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

|                                                |                      |                 |
|------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
| 指令日<br>令和 年 月 日                                | 指令番号<br>いわき市指令第 号    | 補助年度<br>令和 7 年度 |
| 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金                      |                      |                 |
| ① 補助金等の交付決定通知額<br>決定通知書の決定額を記入してください。 円        | ③ 今回交付請求額<br>① と同額 円 |                 |
| ② 既交付額<br>既交付額がなければ「0」円 円                      | ④未交付額〔①－（②＋③）〕 円     |                 |
| 既交付額の内訳<br>年 月 日 円交付<br>年 月 日 円交付<br>年 月 日 円交付 |                      | 備考              |

記入例

補助金等実績報告書

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。変更届を提出した場合は、変更後の指令日及び指令番号を記入してください。

氏名又は名称

印

|                                                              |                                              |                 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------|
| 指令日<br>令和 年 月 日                                              | 指令番号<br>いわき市指令第 号                            | 補助年度<br>令和 7 年度 |
| 補助金等の名称<br>いわき市結核予防事業費補助金                                    |                                              |                 |
| 補助事業等の内容<br>結核定期健康診断                                         |                                              |                 |
| 補助事業等の施工場所<br>健診を実施した場所を記入してください。                            | 補助事業等の経費積算額<br>円                             |                 |
| 決定通知書の決定額を記入してください。                                          | 補助金等の交付決定通知額<br>円                            |                 |
| 補助金等の最終交付日<br>年 月 日                                          | 着手期日<br>年 月 日                                | 完了期日<br>年 月 日   |
| 添付書類<br>1 収支決算書<br>2 工事の施工に係る<br>ものにあつては工事<br>完成の写真<br>③ その他 | 報告事項審査結果（補助事業者等は記入しないでください。）<br>健診着手日<br>完了日 |                 |