

記入上の注意点

第 号
令和7年 4月 1日

令和7年4月1日で記入

福井市長 あて

補助事業者 主たる事務所
所在地
法人名
又は名称
代表者 (※)
職・氏名

申請は開設者名(法人にあっては法人名及び代表者職・氏名)で行うこと。また、学校長・施設長名で行う場合は委任状の添付が必要
 (委任状には、委任者(開設者(法人にあっては、法人名及び代表者職・氏名))及び代理人の職・氏名を記載すること。(各人について氏名を手書きしない場合は記名押印が必要))

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

申請担当者職・氏名
連絡先電話番号

福井市結核予防事業補助金交付申請書

令和7年度福井市結核予防事業について補助金の交付を受けたいので、福井市補助金等交付規則(昭和48年福井市規則第11号)第3条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 補助事業の名称 令和7年度福井市結核予防事業

2 補助事業等の目的及び内容

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(平成10年法律第114号)第53条の2第1項の規定による定期の健康診断

3 補助事業の着手及び完了の予定年月日

自 令和7年 4月 1日
至 令和8年 1月 31日

事業の準備等を含めて、令和7年4月1日で記入

令和8年1月31日で記入
令和8年1月31日までに支払いを完了させてください。

4 交付申請額 金 円

添付不要の書類については削除

5 添付書類

- ① 福井市結核予防事業補助金所要額調 (様式第2号)
- ② 福井市結核予防事業補助金所要額内訳表 (様式第3号及び付表)
- ③ 福井市結核予防事業支出見込額明細書 (様式第4号及び5号)
- ④ 福井市結核予防事業収支予算(見込)書抄本 (様式第6号)

福井市結核予防事業補助金所要額調

補助事業者

区分	(A) 総事業費	(B) 収入予定額	(C) 差引額	(D) 対象経費の 実支出予定額	(E) 基準額	(F) 選定額 <small>(D)・(E)の いずれか少ない額</small>	(G) 補助 所要額 <small>(F) × 2 / 3</small>	(H) 補助 申請額	(I) 補助 受入額 <small>(予定額)</small>	(J) 差し引き 過不足額 <small>(I) - (G)</small>
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
結核予防費		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;"> 収入がない 場合には 「0」を記入 </div>							/	/

- (注) 1 総事業費 (A) とは、本事業を実施するために支弁した費用をいう。
 2 収入予定額 (B) とは、本事業を実施することにより得る収入 (寄付金、その他の収入) 額をいい、本補助金は含まない。
 3 対象経費の実支出予定額 (D) は、様式第3号の (2) 及び様式第4号の (3) と一致すること。
 4 基準額は、補助基準単価×実施人員であって、様式第3号の (1) 基準額と一致すること。
 5 選定額は、様式第3号の (3) と一致し、実支出予定額 (D) と基準額 (E) を比較して、いずれか少ない額とすること。
 6 補助所要額は、選定額 (F) に 2 / 3 を乗じて得た額であり、円未満は切り捨てること。

福井市結核予防事業補助金所要額内訳表

補助事業者

対象施設数を記入

定期健康診断の対象者数を記入
 ※保険診療で受診する者及び体を支えるのが困難で撮影できないなど、実施が困難な者は含めない

区分	個所数 (所)	対象人員 (人)	受診人員 (人)	受診率 (%)	健康診断				事後措置	合計
					間接撮影			直接撮影	精密検査	
					レンズカメラ (人)	70mm ミラーカメラ (人)	100mm ミラーカメラ (人)	直撮のみ (人)	直撮のみ (人)	
基準単価 (円)					454	478	506	1,767	1,767	
対象別	高校生 (入学年度)									/
	上記以外の 学生 (入学年度)									
	施設入所者 (65歳以上)									
	計									
(1) 基準額 (円) 実施人数×基準単価					a	b	c	d	e	(1) a~eの計
(2) 実支出予定額 (円)										(2)
(3) 選定額 (円)										(3)
(4) = (3) × 2 / 3										(4)
(5) 補助所要額										(5)

撮影方法は間違いがないよう検査機関に確認して記入

1円未満の端数は切り捨てること

(注) 1 大学、短大、各種・専修学校生徒については、「上記以外の学生」欄に計上すること。
 2 実支出予定額合計 (2) 欄の数字は、様式第4号の (3) と一致すること。

付表

補助事業者

施設別内訳

施設名	対象人員 (人)	受診人員 (人)	受診率 (%)	健康診断			事後措置	
				間接撮影		直接撮影 直撮のみ (人)	精密検査 直撮のみ (人)	
				レンズカメラ (人)	70mm ミラーカメラ (人)			100mm ミラーカメラ (人)
	本表は、様式第3号の「個所数」が複数の場合に提出							
計								

- (注) 1 本表は、事業団及び法人等で一本化して申請する場合に必要。
 2 職員は補助の対象とならない。

様式第5号

福井市結核予防事業支出見込額明細書（備品購入費）

補助事業者 _____

品名	支出見込額			備考
	単価（円）	数量	金額（円）	

- (注) 1 結核予防事業の対象経費として、5万円以上の備品を購入する場合に記載する。
2 本表は、様式第4号中の備品購入費の再掲となるものであること。

福井市結核予防事業収支予算（見込）書抄本

収入

項目	予算（見込）額	内 訳
		予算（見込）額の内訳を記入 （例：1,200円×50人×2/3）

支出

項目	予算（見込）額	内 訳
		予算（見込）額の内訳を記入 （例：1,200円×50人）

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

交付申請書（様式第1号）、変更交付申請書（様式第9号）と
同じ日付を記入

申請者 施設・学校・法人名

代表者職・氏名

(※)

(※)本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印
してください。

(注意) 交付申請額に変更が生じるときは、変更が分かった時点で保健所担当者に連絡すること

様式第9号

第 年 月 日

福井市長 あて

補助事業者

主たる事務所

所在地

法人名

又は名称

代表者

職・氏名

(※)

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

交付申請書と同様

※変更があった場合は事前に担当者まで連絡が必要

申請担当者職・氏名

連絡先電話番号

福井市結核予防事業補助金変更交付申請書

交付決定通知書の通知日と文書番号を記入

年 月 日付け福井市指令地保第 号で交付の決定のあった令和7年度福井市結核予防事業補助金の内容について、下記のとおり変更したいので、福井市結核予防事業補助金等交付実施要綱第8条の規定により申請します。

記

1 補助事業の名称 令和7年度福井市結核予防事業

2 補助事業等の変更理由

変更理由を簡潔に記入

3 交付申請額

交付決定通知書の交付決定額を記入

変更前 金

円

変更となる補助所要額を記入

変更後 金

円

4 添付書類

添付不要の書類については削除

- ① 福井市結核予防事業補助金所要額調 (様式第2号)
- ② 福井市結核予防事業補助金所要額内訳表 (様式第3号及び付表)
- ③ 福井市結核予防事業支出見込額明細書 (様式第4号及び5号)
- ④ 福井市結核予防事業収支予算(見込)書抄本 (様式第6号)

(注意) 支払い完了日からおおむね1か月以内に提出すること

提出締切:令和8年2月27日(金)

様式第11号

第 年 月 日

福井市長 あて

補助事業者

主たる事務所

所在地

法人名

又は名称

代表者

職・氏名

(※)

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

交付申請書と同様

**※変更があった場合は事前に担当者まで
連絡が必要**

担当者職・氏名

連絡先電話番号

福井市結核予防事業完了実績報告書

**交付決定通知書(変更交付申請を行った場合は変更交付決定通知書)
の通知日と文書番号を記入**

年 月 日付け福井市指令地保第 号で補助金の交付決定を受けた令和7年度福井市結核予防事業が完了したので、福井市補助金等交付規則(昭和48年福井市規則第11号)第11条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 補助事業の名称

令和7年度福井市結核予防事業

**交付決定通知書又は変更交付決定通知書に記載
の交付決定額を記入**

2 補助金の交付決定額及びその精算額

交付決定額 金 円

精算額 金 円

**様式第12号(I)補助受入額(予定額)を記入。
なお、精算額が交付決定額を上回る又は、20%
を超えて下回る場合は、変更交付申請が必要**

3 補助事業の実施期間

自 令和7年 4月 1日

至 年 月 日

令和7年4月1日で記入

支払い完了日を記入

4 添付書類

添付不要の書類については削除

①福井市結核予防事業補助金精算書

(様式第12号)

②福井市結核予防事業補助金精算内訳表

(様式第13号及び付表)

③福井市結核予防事業実支出額明細書

(様式第14号及び15号)

④福井市結核予防事業収支決算(見込)書抄本

(様式第16号)

⑤福井市結核予防事業実支出額明細書(様式第14号)に記載されている単価、数量及び支払金額の根拠が分かるものの写し(健診委託業者の請求書・領収書の写し等)並びに健診受診者の名簿

福井市結核予防事業補助金精算書

補助事業者

区分	(A) 総事業費	(B) 収入額	(C) 差引額	(D) 対象経費の 実支出額	(E) 基準額	(F) 選定額 <small>(D)・(E)の いずれか少ない額</small>	(G) 補助 所要額 <small>(F) × 2 / 3</small>	(H) 交付 決定額	(I) 補助 受入額 <small>(予定額)</small>	(J) 差し引き 過不足額 <small>(I) - (G)</small>
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
結核予防費										

次の場合には、実績報告の前に変更交付申請が必要です。
 ・補助所要額 (G) ÷ 交付決定額 (H) = 0.8未満となる場合
 ・補助所要額 (G) が交付決定額 (H) より多くなる場合

収入がない
場合には
「0」を記入

交付決定通知
書（変更交付
申請を行った
場合は変更交
付決定通知
書）の交付決
定額を記入

- (注) 1 総事業費 (A) とは、本事業を実施するために支弁した費用をいう。
 2 収入額 (B) とは、本事業を実施することにより得る収入 (寄付金、その他の収入) 額をいい、本補助金は含まない。
 3 対象経費の実支出額 (D) は、様式第13号の (2) 及び様式第14号の (3) と一致すること。
 4 基準額は、補助基準単価×実施人員であって、様式第13号の (1) 基準額と一致すること。
 5 選定額は、様式第13号の (3) と一致し、実支出額 (D) と基準額 (E) を比較して、いずれか少ない額とすること。
 6 補助所要額は、選定額 (F) に2/3を乗じて得た額であり、円未満は切り捨てること。

福井市結核予防事業補助金精算内訳表

補助事業者

対象施設数を記入

定期健康診断の対象者数を記入
 ※保険診療で受診する者及び体を支えるのが困難で撮影できないなど、実施が困難な者は含めない

間接撮影後に、精密検査として直接撮影を実施した場合に記入

区分	個所数 (所)	対象人員 (人)	受診人員 (人)	受診率 (%)	健康診断			事後措置		計
					間接撮影			直接撮影	精密検査	
					レンズカメラ (人)	70mm ミラーカメラ (人)	100mm ミラーカメラ (人)	直撮のみ (人)	直撮のみ (人)	
基準単価 (円)					454	478	506	1,767	1,767	/
対象別	高校生 (入学年度)									
	上記以外の 学生 (入学年度)									
	施設入所者 (65歳以上)									
計										
(1) 基準額(円) 実施人数×基準単価					a	b	c	d	e	(1) a~eの計
(2) 実支出額 (円)					/					(2)
(3) 選定額 (円)					/					(3)
(4) = (3) × 2 / 3					/					(4)
(5) 補助所要額					/					(5)

1円未満の端数は切り捨てること

(注) 1 大学、短大、各種・専修学校生徒については、「上記以外の学生」欄に計上すること。
 2 実支出額合計(2)欄の数字は、様式第14号の(3)と一致すること。

付表

補助事業者

施設別内訳

施設名	対象人員 (人)	受診人員 (人)	受診率 (%)	健康診断			事後措置		
				間接撮影		直接撮影	精密検査		
				レンズカメラ (人)	70mm ミラーカメラ (人)	100mm ミラーカメラ (人)	直撮のみ (人)	直撮のみ (人)	
	本表は、様式第13号の「個所数」が複数の場合に提出								
計									

- (注) 1 本表は、事業団及び法人等で一本化して申請する場合に必要。
 2 職員は補助の対象とならない。

様式第15号

福井市結核予防事業実支出額明細書（備品購入費）

補助事業者 _____

品名	支出済額			備考
	単価（円）	数量	金額（円）	

- (注) 1 結核予防事業の対象経費として、5万円以上の備品を購入した場合に記載する。
2 本表は、様式第14号中の備品購入費の再掲となるものであること。

福井市結核予防事業収支決算（見込）書抄本

収入

項目	決算（見込）額	内 訳
		決算（見込）額の内訳を記入 （例：1,200円×50人×2/3）

支出

項目	決算（見込）額	内 訳
		決算（見込）額の内訳を記入 （例：1,200円×50人）

この抄本は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

完了実績報告書（様式第11号）と同じ日付を記入

申請者 施設・学校・法人名

代表者職・氏名

(※)

(※)本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

(注意) 確定通知書の受理後、速やかに提出すること

様式第18号

第 年 月 日

福井市長 あて

補助事業者

主たる事務所

所在地

法人名

又は名称

代表者

職・氏名

㊞

交付申請書と同様

**※変更があった場合は事前に担当者まで
連絡が必要**

福井市結核予防事業補助金交付請求書

確定通知書の通知日と文書番号を記入

年 月 日付け福井市指令地保第 号で額の確定通知があった令和7年度
福井市結核予防事業補助金 , 円を交付されるよう福井市補助金等交付規則(昭
和48年福井市規則第11号)第14条の規定により請求します。

振込先

銀行

支店

預金

口座番号

フリガナ

口座名義