様式第１号

記入上の注意点

第　　号
令和８年　４月　１日

令和8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**

代表者の押印は不要になりました。

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８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８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８年　４月　１日
至　令和９年　１月３１日

事業の準備等を含めて、令和8年4月1日で記入

**令和9年1月31日で記入
令和9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）

様式第2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 （D）・（E）の いずれか少ない額	（G） 補助 所要額 （F）×２／３	（H） 補助 申請額	（I） 補助 受入額 （予定額）	（J） 差し引き 過不足額 （I）－（G）
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
結核予防費		収入がない場合には「0」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　補助所要額とは、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。

様式第3号

福井市結核予防事業補助金所要額内訳表

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

補助事業者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

区分		個所数（所）	対象人員（人）	受診人員（人）	受診率（%）	健康診断 間接撮影 レンズカメラ（人）	健康診断 間接撮影 70mm ミラーカメラ（人）	健康診断 間接撮影 100mm ミラーカメラ（人）	健康診断 直接撮影のみ（人）	事後措置 精密検査 直撮のみ（人）	合計
基準単価（円）						454	478	506	1,821	1,821	
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）

基準単価を変更しました。

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	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4号

福井市結核予防事業支出見込額明細書（検査費）

補助事業者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

費目	単価	数量	金額	支出先	備考
支出見込額合計			（1）		
収入見込額合計			（2）		
差引実支出見込額			（3）＝（1）－（2）		

収入予定がない場合には「０」を記入

（注）１．需用費については、細節まで区分すること。
　　２．間接撮影、直接撮影、精密検査の実施人員を様式第３号表中の区分ごとに計上すること。

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。

様式第6号

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

代表者の押印は不要になりました。

市税の納税状況の確認同意書

私は、結核予防事業補助金の交付を福井市に申請するに当たり、福井市の税務事務所等が、福井市保健所に対し、私の福井市への納税状況に関する情報を提供することに同意します。

令和８年　４月　１日

令和8年４月１日で記入

住所（所在地）　.....

交付申請書と同様

［フリガナ］
氏名（名称）　.....

代表者の押印は不要になりました。

（申請担当者職･氏名＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿）

福井市長　　様

＊納税状況の確認に関する事項
本同意書に基づき提供された納税状況は、福井市が実施する結核予防事業補助金の交付事務以外には使用いたしません。

（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　　号
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

代表者の押印は不要になりました。

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８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８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

交付決定通知書の交付決定額を記入

３　交付申請額　　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9年2月26日（金）

様式第１１号

第　　号
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　　**代表者の押印は不要になりました。**

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８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８年度福井市結核予防事業

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

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

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８年　４月　１日
至　年　月　日

令和8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

様式第12号

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 （D）・（E）の いずれか少ない額	（G） 補助 所要額 （F）×２／３	（H） 交付 決定額	（I） 補助 受入額 （予定額）	（J） 差し引き 過不足額 （I）－（G）
結核予防費	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円

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　補助所要額とは、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。

様式第13号

福井市結核予防事業補助金精算内訳表

対象施設数を記入

定期健康診断の対象者数を記入
※保険診療で受診した者 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

補助事業者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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	1,821	1,821	
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）

基準単価を変更しました。

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

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14号

福井市結核予防事業実支出額明細書（検査費）

補助事業者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

費目	単価	数量	金額	支出先	備考
支出額合計			（1）		
収入額合計			（2）		
差引実支出額			（3）＝（1）－（2）		

収入がない場合には「０」を記入

（注）１．需用費については、細節まで区分すること。
　　２．間接撮影、直接撮影、精密検査の実施人員を様式第13号表中の区分ごとに計上すること。

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。

様式第16号

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

代表者の押印は不要になりました。

(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　　号
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　　**代表者の押印は不要になりました。**

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８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