

記入例

様式第1号（第4条関係）

郵送による提出の場合は発送日、
持参による提出の場合は持参日を
記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）高崎市長

（補助事業者）

補助事業者（申請者）は施設長等
ではなく、必ず法人代表者（理事長等）
にしてください。

所在地 高崎市〇〇町〇〇〇番地〇〇
名称 社会福祉法人〇〇〇〇〇〇会
代表者名 理事長 〇〇 〇〇

交付申請書

令和7年度高崎市社会福祉施設結核健康診断補助金について、下記のとおり交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額 金 〇, 〇〇〇 円

2 対象施設名 特別養護老人ホーム〇〇〇〇

3 対象施設住所 高崎市△△町〇〇〇番地〇

4 添付書類

- （1）経費所要額調（様式1-1のとおり）
- （2）令和7年度結核健康診断補助金交付実績報告書（様式1-2のとおり）
- （3）令和7年度結核健康診断補助金交付実施成績書（様式1-3のとおり）
- （4）令和7年度歳入歳出決算（見込み）書（様式1-4のとおり）
- （5）その他参考となる資料

（領収書等の写し。領収書等に、全入所者の受診者数が合計して記入されている場合は、補助対象者数が分かるように欄外や備考欄に内訳の記入をお願いします。）

必ず記入してください。
※こちらに記載されている方宛てに
問い合わせをさせていただきます。

担当者名	〇〇 〇〇	連絡先	×××-×××-××××
交付決定通知書の送付先	〒△△△-△△△△ 高崎市〇〇町〇〇〇番地〇〇 社会福祉法人〇〇〇〇〇〇会		

経費所要額調

補助事業者名 社会福祉法人〇〇〇〇〇会

(単位：円)

区 分	
総 事 業 費 (A)	〇〇〇, 〇〇〇円
寄 付 金 そ の 他 の 収 入 額 (B)	〇円
差 引 額 (A) - (B) (C)	〇〇〇, 〇〇〇円
対 象 経 費 支 出 額 (D)	◇◇◇, ◇◇◇円
基 準 額 (E)	△△, △△△円
選 定 額 {(D)と(E)のうち少ない額} (F)	△△, △△△円
補 助 基 本 額 {(C)と(F)のうち少ない額} (G)	△△, △△△円
補 助 所 要 額 {(G) × 補助率} (H)	□, □□□円
備 考	

領収証の金額と一致させてください。
補助対象者のみに要した費用ではなく、当該結核健康診断全体に要した総額です。

補助対象者のみに要した費用。

$\triangle\triangle, \triangle\triangle\triangle円 \times 2 \div 3$
※補助率は $2/3$
(1円未満の端数は切捨て)

(注) 「補助所要額」(H)欄において、1円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

令和 7 年度結核健康診断補助金交付実績報告書

補助事業者名 社会福祉法人〇〇〇〇〇会

区分	種 別		実受診人数 (人)			基準額 (円)		対象経費実支出額 (円)
			65歳以上	その他	計(a) その他は除く	基準額(b)	(a)×(b)	
健康診断	胸部エックス線検査	医療機関	〇〇人	××人	〇〇人	503	△△,△△△円	◇◇◇, ◇◇◇円
	合 計						△△,△△△円	◇◇◇, ◇◇◇円
対象人数 (人) (c)			〇〇人	××人	〇〇人			
実受診人数 (人) (d)			□□人	××人	□□人			
受診率 (%) [(d)/(c)]			△△%	××%	△△%			

補助対象者のみに要した費用。

令和 7 年度結核健康診断補助金交付実施成績書

補助事業者名 社会福祉法人〇〇〇〇〇会

(単位：人)

区 分		6 5 歳以上	その他入所者	計
対 象 人 数		〇〇人	××人	〇〇人
実 受 診 人 数		□□人	××人	□□人
間 接 撮 影 者 数				
直 接 撮 影 者 数		□□人	××人	□□人
喀 痰 検 査 者 数				
患者発 見状況	結核患者			
	結核発病の恐れのある者			

令和 7 年度歳入歳出決算（見込み）書

補助事業者名 社会福祉法人〇〇〇〇〇会

1 収 入

科 目	決算（見込み）額	備 考
結核健康診断負担金	△△△, △△△円	うち、65歳以上〇〇人、その他××人
高崎市社会福祉施設結核健康診断補助金	□, □□□円	=総事業費（領収証の額） ※収入の合計と支出の合計 は必ず一致させてください。
合 計	〇〇〇, 〇〇〇円	

※上表に今回の交付申請について必ず記載してください。

例 1：科目欄に「高崎市社会福祉施設結核健康診断補助金」と記入し、決算（見込み）額欄に交付申請額を記載する。

例 2：決算（見込み）額欄の金額の内訳として備考欄に（うち高崎市社会福祉施設結核健康診断補助金〇〇円）と記載する。

2 支 出

科 目	決算（見込み）額	備 考
結核健康診断費用	〇〇〇, 〇〇〇円	〇〇クリニック
		=総事業費（領収証の額） ※収入の合計と支出の合計 は必ず一致させてください。
合 計	〇〇〇, 〇〇〇円	

上記のとおり相違ありません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 社会福祉法人〇〇〇 理事長 〇〇 〇〇

署名又は記名押印

日付は空欄にしてください。

年 月 日

(宛先) 高崎市長

申請者 所在地 高崎市〇〇町〇〇〇番地〇〇
名 称 社会福祉法人〇〇〇〇〇〇会
代表者名 理事長 〇〇 〇〇 印

補助金交付請求書

理事長印

令和7年度高崎市社会福祉施設結核健康診断補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 補助金交付請求額 〇, 〇〇〇 円

2 振込先金融機関名等

口座名	カナ シヤカイフクシホジン〇〇〇〇〇〇 リジチヨ 〇〇 〇〇
漢字 社会福祉法人〇〇〇〇〇〇会 理事長 〇〇 〇〇	
口座番号	△△ 銀行 □□ 支店 ① 普通No. 0123456 2 当座No.

注1：記載事項に誤りがあると、口座振替ができなくなりますので、注意してください。

注2：上記補助事業者代表者名と預貯金名義人が異なる場合は、委任状を記入してください。

委 任 状

私は、結核健康診断補助金交付の受領に関する権限を上記預貯金名義人に委任します。

委任者 住 所：

氏 名：

印

申請者（補助事業者）と振込先口座名義が異なる場合は、必ず委任状を記入してください。

例）申請者は理事長だが、振込先口座名義は施設長 等