

年 月 日

（宛先）高崎市長

（補助事業者）
所在地
名称
代表者名

交付申請書

令和 8 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 円

2 対象施設名

3 対象施設住所

4 添付書類

- （1）経費所要額調（様式 1 - 1 のとおり）
- （2）令和 8 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 8 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 8 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。）

担当者名		連絡先	
交付決定通知書の送付先	〒		

経費所要額調

補助事業者名 _____

(単位：円)

区 分	
総 事 業 費 (A)	
寄付金その他の収入額 (B)	
差 引 額 (A) - (B) (C)	
対 象 経 費 支 出 額 (D)	
基 準 額 (E)	
選 定 額 {(D)と(E)のうち少ない額} (F)	
補 助 基 本 額 {(C)と(F)のうち少ない額} (G)	
補 助 所 要 額 {(G) × 補助率} (H)	
備 考	

(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 8 年度結核健康診断補助金交付実績報告書

補助事業者名 _____

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				503		
	合 計							
	対象人数 (人)	(c)						
	実受診人数 (人)	(d)						
	受診率 (%)	[(d)/(c)]						

令和 8 年度結核健康診断補助金交付実施成績書

補助事業者名 _____

(単位：人)

区 分		6 5 歳以上	その他入所者	計
対 象 人 数				
実 受 診 人 数				
間 接 撮 影 者 数				
直 接 撮 影 者 数				
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 8 年度歳入歳出決算（見込み）書

補助事業者名 _____

1 収 入

科 目	決算（見込み）額	備 考
合 計		

※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
合 計		

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

委任状

住 所 _____

氏 名 _____

上記の者を代理人と定めて次の事項を委任します。

委任事項

令和8年度高崎市社会福祉施設結核健康診断補助金に関する一切の権限

年 月 日

以上

施設設置者

住 所 _____

法 人 名

代表者名 _____ (印)

年 月 日

(宛先) 高崎市長

申請者 所在地
名称
代表者名

印

補助金交付請求書

令和8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 円

2 振込先金融機関名等

口座名	カナ 漢字
口座番号	銀行 本 支店 1 普通No. 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