

(注) 代表者印の押印を省略する場合、手書きの記載は一切不可
手書きでの申請日や補助金額、発行責任者(および担当者)の記載は、
押印省略の申請書の場合には認められませんのでご注意ください。
手書き部分がある申請書の場合には、代表者印の押印をお願いします。

年 月 日

石川県知事 様

開設者

所在地

名称

代表者氏名

申請年月日、及び申請金額
開設者(代表者)の
住所、名称、氏名を記載
下部の発行責任者、担当者を記
載することで押印を省略するこ
とが可能です。(注)

別紙1
補助所要額を記載
(複数施設の場合
はその合計額)

令和5年度結核予防事業補助金交付申請書

令和5年度において、下記のとおり結核予防事業を実施したいので、補助
金_____円を交付されたく、石川県補助金交付規則(及び石川県結核
予防事業補助金交付要綱)の規定により関係書類を添えて申請いたします。

記

- | | |
|----------------|-------------------------------------|
| 1 事業の目的 | 結核健康診断のため |
| 2 事業の内容及び経費の区分 | 別紙第1のとおり |
| 3 事業計画の概要 | 別紙第2のとおり |
| 4 事業実施時期 | 開始 令和 5年 4月 1日
完了予定 令和 6年 3月 31日 |
| 5 支出予定額内訳 | 別紙第3のとおり |
| 6 添付書類 | 歳入歳出予算書(抄本) |

<発行責任者>

役職又は所属:

氏 名:

T E L:

<担当者>

役職又は所属:

氏 名:

T E L:

この様式については、学校、施設ごとに作成してください。

記入例

別紙第1 事業の内容及び経費の配分

事業内容	経費	
結核健康診断	1 支出予定額	100,000 円
	2 収入額	0 円
	3 差引額	100,000 円
	4 算定基準額	50,600 円
	5 補助基本額（3又は4のいずれか少ない額）	50,600 円
	6 補助所要額（5×2/3）※	33,733 円

施設名 記入例

1円未満の端数は切り捨ててください。

※ 「6 補助所要額」において、1円未満の端数がある場合は、切り捨てること。

令和5年度の単価
 間接70ミリ : 478円
 間接100ミリ : 506円

別紙第2 事業計画の概要

対象区分	対象人数	受診人員	受診率	医療機関		支出予定額（円）	算定基準額（円）
				間接撮影70ミリ	間接撮影100ミリ		
学校（入学時の学生、生徒）	人	人	%	0人	人	円	円
施設（65歳以上の入所者）	100人	100人	100%	0人	100人	100,000円	50,600円
計（人員）	100人	100人	100%	0人	100人	100,000円	50,600円

別紙第3 支出予定額内訳書

科目	支出予定額	積算根拠
健康診断費 需用費 消耗品費 医薬材料費 役務費 通信運搬費 委託料	100,000 円	1人当たり1,000円×100名=100,000円
合計	100,000	
結核定期健診実施 （依頼先）機関名		結核定期健診を依頼した医療機関名を記入してください。

計の欄も忘れずに入力ください。

結核定期健診を依頼した医療機関名を記入してください。

令和5年度結核予防事業歳入歳出予算書(抄本)

記入例
歳入

複数の学校や施設がある場合は、別紙1と異なり、本歳入歳出予算書については、複数施設まとめて1枚で作成してください。

科 目	金 額
県費補助金	33,733 円
寄付金その他の収入()	0 円
一般財源	66,267 円
計	100,000 円

【歳出】と【歳入】は合計が一致するようにしてください。

歳出

科 目	金 額
結核予防事業費	100,000 円