

令和8年度結核予防費補助金交付申請書

令和 8 年 6 月 1 日

(あて先) さいたま市長

申請者住所と学校・施設住所が異なる場合、原則として、申請者住所又は主たる事務所の所在地に確定通知書等を送付します。
《例》右記の場合、「さいたま市中央区鈴谷7-5-12」に送付。
学校又は施設住所への送付を希望の際は、メール本文や郵送・FAX送付時にその旨記載をお願いします。

申請者住所又は主たる事務所の所在地 さいたま市中央区鈴谷7-5-12申請者氏名又は法人名称及び代表者の職・氏名 社会福祉法人〇〇
理事長 さいたま 太郎学校又は施設名 特別養護老人ホーム 〇△□学校又は施設住所 さいたま市浦和区常盤6-4-4

令和8年度結核予防費補助金の交付を受けたいので、結核予防費補助金交付要綱により下記のとおり申請します。

記

1 申請金額 金 26,000 円

2 添付書類 (ア) 別紙1

①結核予防費補助金所要額調②健康診断事業計画及び基準額内訳

(イ) 別紙2

令和8年度歳入・歳出予算書(抄本)

(ウ) 口座振替依頼書

(エ) 領収書等対象経費が証明できる書類(撮影方法の記載されたもの)

(オ) 結核定期健康診断報告書(電子申請システムによる報告も可)

※(エ)、(オ)は健康診断が完了している事業者のみ提出

3 実施状況 (1) 健康診断が完了していない(実施途中も含む)

(2) 健康診断が完了している

※上記の中から、申請日時点の健康診断の実施状況をお選びください。なお、(2)により申請する場合は、上記「2 添付書類」に記載する数値は、全て実績に基づく数値として扱うものとします。

担当者名 〇〇担当者電話番号 048-767-8353

①結核予防費補助金所要額調

(A)歳出予算額	(B)歳入予算額	(C)対象経費 (A)－(B)	(D)基準額	(E)選定額 (C)(D)いずれか少ない額	(F)補助金申請金額 (E)×2/3
50,000 円	0 円	50,000 円	40,400 円	40,400 円	26,000 円

注1：結核の健康診断に係る費用のみ記入すること。

- 2：(A)及び(B)は、別紙2「結核予防費歳入・歳出予算書」と同額になるよう記入すること。なお、申請日時時点で既に健康診断が完了している場合は、実際に当該事業に要した費用を記入すること。
- 3：「(F)補助金申請額」欄は、1,000円未満の金額を切捨てること。

②健康診断費事業計画及び基準額内訳

実施予定期間：令和 8 年 5 月 8 日 ～ 令和 8 年 5 月 9 日

区 分	①対象者数		②受診者数				③補助 単価	(D)基準額 ①又は②×③
	入学生	施設入居者	異常なし	結核患者	結核外疾病	その他		
間接撮影 100mmミラーカメラ	人	10 人	10 人	人	人	人	506 円	5,060 円
直接撮影	人	20 人	18 人	1 人	人	1 人	1,767 円	35,340 円
合 計	人	30 人	28 人	1 人	人	1 人		40,400 円

注1：「①対象人数」内にある「入学生」とは、申請者が学校の場合、対象年度に入学した学生又は生徒が対象となるため、その対象者数を記入すること。

- 2：「①対象人数」内にある「施設入居者」とは、申請者が施設の場合、施設に入居している65歳以上の者が対象となるため、その対象者数を記入すること。
- 3：「②受診者数」欄は、申請日時時点で既に健康診断が完了している場合のみ記入することとし、実際に健康診断を受けた人数を記入すること。その際の「結核外疾病」は、健康診断の結果、気管支拡張症、心肥大など結核以外の疾病を発見した場合の人数を記入する。「その他」は、いずれにも該当しない受診結果を記入すること。
- 4：「(D)基準額」欄は、申請時点で健康診断が完了していない場合は「①対象者数」を、既に完了している場合は「②受診者数」を「③補助単価」と積して得た金額を記入すること。

健康診断が完了していない事業者は、①対象者数のみご記入ください。
健康診断が完了している事業者は、①対象者数と②受診者数の両方へ記入してください。

令和 8 年度結核予防費歳入・歳出予算書（抄本）

歳入の部

歳入予算科目	歳入予算額	歳入予算科目内訳		
		項目	金額	説明
	0 円		0 円	
受診者から費用を徴収している場合、ご記入ください。				

歳出の部

歳出予算科目	歳出予算額	歳出予算科目内訳		
		項目	金額	説明
健康診断	40,000 円	結核健診	40,000 円	直接撮影代 (2,000円×20人)
	10,000円		10,000円	間接撮影代 (1,000円×10人)
健康診断全体の金額ではなく、撮影代のみの金額をご記入ください。				

上記のとおり、相違ないことを証明する。

令和 8 年 6 月 1 日

社会福祉法人 ○○
理事長 さいたま 太郎

申請者 _____

- ※1 結核の健康診断に要する費用のみ計上してください。
- ※2 別紙1の「予算額」欄の金額と一致するように作成してください。
- ※3 入学生または施設入居者から、結核の健康診断に係る費用を徴収している場合は、歳入の部にその額をご記入ください。

令和8年度結核予防費補助金口座振替依頼書

令和 8 年 6 月 1 日

(あて先) さいたま市長

申請者住所又は主たる事務所所在地 **さいたま市中央区鈴谷7-5-12**

申請者氏名又は名称及び代表者の職・氏名 **社会福祉法人 ○○
理事長 さいたま 太郎**

学校又は施設名 **特別養護老人ホーム ○△□**

下記の金融機関口座に振り替えてください。

金融機関	○○	銀行 信用金庫 その他	××	支店 (出張所)	口座種別	普通 ・ 当座			
店番号 (記号)	001	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	シャカイフクシハウジン ○○ サイタマ タロウ								
口座名義	社会福祉法人 ○○ さいたま 太郎								

- 注
- ・申請者以外の口座にはお振り込みできません。
 - ・補助金交付確定通知書の宛名と結核予防費補助金請求書の請求者が異なる場合には、委任状等その委任若しくは代理関係を明らかにする書類を添付願います。
 - ・口座名義は通帳どおりに正確に記入してください。

領収書

実施日：令和8年5月8日

発行日 令和8年5月22日

特別養護老人ホーム ○△□ 御中

健診内容	人数	金額
定期健康診断	30	
血圧検査・尿検査 30人×単価727円		21,810円
血液検査 30人×単価1,812円		54,360円
心電図検査 30人×単価909円		27,270円
胸部X線検査 (直接撮影) 20人×単価1,812円		36,360円
胸部X線検査 (間接撮影) 10人×単価909円		9,090円
消費税10%		16,140円
撮影方法が記載されているか		合計 165,030円

領収金額	165,030円
------	----------

上記金額正に領収いたしました。

領収書は再発行致しかねますので大切に保管してください。

医療法人 ○○会 ××クリニック

TEL：048-123-4567

撮影のみの金額の記載があるか

領収書に撮影方法の記載がない場合は、撮影方法の記載のある書類（委託業者からの見積書、請求書等）を併せて提出してください。

領収書がない場合は、撮影方法の記載のある書類（委託業者からの見積書、請求書等）と支払いが確認できる書類（通帳のコピー、オンライン振込完了画面の写し等）を併せて提出してください。