

第 号  
年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者氏名 **株式会社〇〇**  
**△△△日本語学校**  
**代表取締役 〇〇〇〇**

住 所

担当者 〇〇 〇〇

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

沖縄県日本語教育機関結核健康診断事業補助金交付申請書

年度の前に「令和6」と記入してください

令和6年度沖縄県日本語教育機関結核健康診断事業補助金の交付を受けたいので、  
次のとおり補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

- 申請金額 **94,240円**  
**別紙1の(F)の金額を記入します。**
- 事業の目的 **(例) 定期健康診断の実施による結核の早期発見のため**
- 沖縄県日本語教育機関結核健康診断事業補助金所要額調書 (別紙1)
- 結核健康診断事業計画及び所要額内訳書 (別紙2)
- 結核健康診断事業支出計画書 (別紙3)
- 歳入歳出予算書 (抄本) (別紙4)

## 別紙 1

年度の前に「令和6」と記入してください

## 令和6年度沖縄県日本語教育機関結核健康診断事業補助金所要額調書

区 分	(A) 支出予定額	(B) 収入予定額	(C) 差 引 額 (A) - (B)	(D) 算定基準額	(E) 補助基準額(C)(D) いずれか少ない額	(F) 補 助 申 請 額 (E) × $\frac{2}{3}$
	円	円	円	円	円	円
結核予防費	144,000	0	144,000	141,360	141,360	94,240
健康診断費						

注 補助申請額に1円以下の端数を生じたときには切り捨てること。

記入不要です。

※胸部レントゲンのみにかかる金額を記入してください。

※金額の根拠となる見積書を添付してください。

※基準額を元に計算してください。

(例)  
直接撮影 1,767円 × 80人 = 141,360円

別紙2

結核健康診断事業計画及び所要額内訳書

区 分		受診人員	算定基準額 (円)
健 康 診 断	間 接 撮 影	レンズカメラ	
		70ミリミラーカメラ	
		100ミリミラーカメラ	
		直 接 撮 影	80
合 計		80	141,360

注 「算定基準額」の欄には、各区分の受診人員に交付基準単価を乗じて得た額を記入すること。

**本年度入学した学生で受診する人数になります。**

**別紙1の(D)の金額と同じ金額になります。**

別紙3 年度の前に「令和6」と記入してください

令和6年度結核健康診断事業支出計画書

区 分	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期	計
結核予防費	円	円 144,000	円	円	円 144,000
健康診断費					

注 計の欄は、別紙1のA欄（支出予定額）に一致するものであること。

記入不要です。

別紙 4

年度の前に「令和6」と記入してください

令和6年度歳入歳出予算書（抄本）

（歳入）

（単位：円）

款 項	目	本 年 度 予 算 額	前 年 度 予 算 額	比 較	節		説 明
					区 分	金 額	
〇〇	△△△	94,240	91,884	2,356		94,240	1,767円× 80名×2/3 = 94,240円
	1枚目の「申請金額」と同じ額を記入して下さい。						

（歳出）

（単位：円）

款 項	目	本 年 度 予 算 額	前 年 度 予 算 額	比 較	本 年 度 予 算 額 の 財 源 内 訳		節		説 明	
					特 定 財 源		一 般 財 源	区 分		金 額
					県 支 出					
〇〇〇	△ △ △ △	144,000	140,400	3,600	94,240		49,760	□ □ □	144,000	1,800円× 80名 = 144,000円