

第 号

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者氏名 ○○法人○○○○
△△大学／特別養護老人ホーム△△
理事長 ○○○○

住 所 沖縄県○○○

担当者 ○○ ○○

連絡先 ○○○-○○○-○○○

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。

- 1 申請金額 **94,240円** **別紙1の(F)の金額を記入します。**
- 2 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**
- 3 結核健康診断事業補助金所要額調書 (別紙1)
- 4 結核健康診断事業計画及び所要額内訳書 (別紙2)
- 5 結核健康診断事業支出計画書 (別紙3)
- 6 歳入歳出予算書 (抄本) (別紙4)

注 用紙の規格は、日本工業規格A4判とすること。

年度の前に「令和6」と記入してください

別紙1

令和6年度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) × $\frac{2}{3}$
結核予防費	円 144,000	円 0	円 144,000	円 141,360	円 141,360	円 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	保健所で 実施分	レンズカメラ		
			70ミリミラーカメラ		
			100ミリミラーカメラ		
		医療機関で 実施分	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	141,360
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。

私立学校

→ 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。

社会福祉施設

→ 本年度受診する65歳以上(本年度65歳に達する者を含む)の入所者数になります。

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