

<記載例>

別記第1号様式（要項第3条関係）

第 号
年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

申請者 住所
団体名
代表者

学校若しくは施設所在地
学校若しくは施設名

印

令和2年度（2020年度）熊本県私立学校等結核予防費補助金交付
申請書

令和2年度（2020年度）において、熊本県私立学校等結核予防費補助金事業を実施したいので、金55,666円を交付されるよう熊本県補助金等交付規則第3条及び熊本県健康福祉補助金等交付要項第3条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

添付書類

- （1）熊本県私立学校等結核予防費補助金事業計画書
（別記第1号様式（要領第3関係））
- （2）収支予算書（別記第2号様式（要領第3関係））

「事業計画書」の（F）欄の金額を記載してください。

印鑑の誤りに御注意ください。
※変更申請書、実績報告書等、今後提出していただく書類も同じ印が必要です。

＜記載例＞

別記第1号様式（要領第3関係）

熊本県私立学校等結核予防費補助金事業計画書

学校または施設のいずれかに記入してください。

1 受診人員内訳

区分	学校	施設
	学生又は生徒 (当該年度に入学した者)	社会福祉施設入所者 (65歳以上の者。ただし当該年度に65歳に達する者を含む。)
対象人員（人）		100
胸部エックス線検査 受診予定人員（人）		100

2 基準額明細

区分	受診人員 (a)	基準単価 (b)	基準額 (D) = (a) × (b)
胸部エックス線検査 受診予定人員（人）	100	835	83,500

3 経費所要額調

複数の検査を同時に実施した場合でも、結核健診の費用のみ記載してください。

総事業費 (結核健診に 要する費用)	生徒・入所 者負担(徴収) 予定額	対象経費の 支出予定額 (A) - (B)	基準額 (D)	補助基本額 (CとDのいずれ か少ない額) (E)	補助所要額 (E) × 2/3 (F)	備考
150,000	50,000	100,000	83,500	83,500	55,666	入所者負担額 500円 × 100人 = 50,000円

(注) 「補助所要額」(F)欄に、1円未満の端数が生じたときは切り捨てること。

結核健診費用(A)欄に対し、生徒又は入所者から費用を徴収している場合は、(B)欄に記載してください。

※徴収額は補助対象外です。

(F)欄の金額が申請書に記載いただく補助金申請額です。

＜記載例＞

別記第2号様式（要領第3関係）

収支予算書

前年度の実績額ではなく、「予算額」を記入してください。

1 収入の部

区分	予算額 (A)	前年度予算額 (B)	比較 (A - B)		備考
			増	減	
県補助金	55,666	54,666	1,000		
施設負担金	44,334	45,334		1,000	
生徒・入所者負担（徴収）金	50,000	50,000			
その他					
計	150,000	150,000	1,000	1,000	

2 支出の部

区分	予算額 (A)	前年度予算額 (B)	比較 (A - B)		備考
			増	減	
結核検診費	150,000	150,000			
計	150,000	150,000	0	0	