

様式第1号

第 号  
令和 年 月 日

京都府知事 様

学校、施設又は  
事業所の所在地

名 称

申請者

### 年度結核予防費補助金交付申請書

年度結核予防費補助金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

補助金申請額 金 円

#### 年度結核予防費補助金交付申請額明細書

| 支 出<br>予定額<br>A | 寄付金その<br>他収入額<br>B | 差引額<br>C(A-B) | 交付基準に<br>よる算定額<br>D | 補 助<br>基本額<br>E | 補助申請額<br>F(E×2/3) |
|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|-----------------|-------------------|
| 円               | 円                  | 円             | 円                   | 円               | 円                 |

注 「補助基本額E」欄は、C欄とD欄とを比較していずれか少ない方を記入してください。

結核予防費補助金補助金交付申請額算出明細書 別紙

歳入歳出予算書抄本 別添

様式第2号

年度結核予防費補助金交付申請額明細書

1 健康診断費

|                  | 箇所数          | 対象人員<br>a | 受診人員<br>b | 受診見込率<br>b/a<br>(%) | 健康診断  |       |        |       |       |        | 合計金額 |
|------------------|--------------|-----------|-----------|---------------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|------|
|                  |              |           |           |                     | 間接撮影  |       |        |       | 直接撮影  |        |      |
|                  |              |           |           |                     | 保健所実施 |       | 医療機関実施 |       | 保健所実施 | 医療機関実施 |      |
|                  |              |           |           |                     | 70mm  | 100mm | 70mm   | 100mm |       |        |      |
| 高校生              |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 19歳以上の学生         |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 施設               |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 計 A              |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 支出額(円) B         |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 1人当たりの支出額(円) B/A |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 交付基準<br>算定額(円)   | 単価 C         |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
|                  | $C \times A$ |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |

注 健康診断は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令(平成10年12月28日政令第420号)第12条第1項第2号及び第4号の規定により規定により、学生又は生徒は入学した年度、施設入所者は65歳に達する日の属する年度以降毎年度受ける必要があります。

2 健康診断の実施(予定)時期                      令和    年    月    日 から                      令和    年    月    日まで

京都府知事 様

学校、施設又は  
事業所の所在地

名 称

申請者

年度結核予防費補助金中止(変更)申請書

令和 年 月 日付け第 号をもって申請しました結核予防補助事業を下記のとおり中止(変更)しましたので、申請します。

|              |   |   |
|--------------|---|---|
| 補助金中止(変更)申請額 | 金 | 円 |
| 既交付決定額       | 金 | 円 |
| 差引増減額        | 金 | 円 |

中止(変更)理由

年度結核予防費補助金中止(変更)申請額明細書

| 支出<br>済額<br>A | 事業<br>収入額<br>B | 差引額<br>C(A-B) | 交付基準に<br>よる算定額<br>D | 補助<br>基本額<br>E | 補助所要額<br>F(E×2/3) | 補助交付<br>決定額<br>G | 補助金<br>受入額<br>H | 過不足額<br>I<br>(F-H) |
|---------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| 円             | 円              | 円             | 円                   | 円              | 円                 | 円                | 円               | 円                  |

注 1 「補助基本額E」欄は、C欄とD欄とを比較していずれか少ない方を記入してください。

注 2 「補助所要額F」欄は、補助金中止(変更)申請額と同額にしてください。

結核予防費補助金補助金中止(変更)申請額算出明細書 別紙  
歳入歳出予算書又は見込み書抄本 別添

年度結核予防費補助金中止(変更)申請額算出明細書

1 健康診断費

|                  | 箇所数          | 対象人員<br>a | 受診人員<br>b | 受診見込率<br>b/a<br>(%) | 健康診断  |       |        |       |       |        | 合計金額 |
|------------------|--------------|-----------|-----------|---------------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|------|
|                  |              |           |           |                     | 間接撮影  |       |        |       | 直接撮影  |        |      |
|                  |              |           |           |                     | 保健所実施 |       | 医療機関実施 |       | 保健所実施 | 医療機関実施 |      |
|                  |              |           |           |                     | 70mm  | 100mm | 70mm   | 100mm |       |        |      |
| 高校生              |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 19歳以上の学生         |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 施設               |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 計 A              |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 支出額(円) B         |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 1人当たりの支出額(円) B/A |              |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 交付基準<br>算定額(円)   | 単価 C         |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
|                  | $C \times A$ |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |

注 健康診断は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令第12条第1項第2号及び第4号の規定により、学生又は生徒は入学した年度、施設入所者は65歳に達する日の属する年度以降毎年度受ける必要があります。

2 健康診断の実施(予定)時期      令和    年    月    日 から      令和    年    月    日 まで

様式第4号

第 号  
令和 年 月 日

京都府知事 様

学校、施設又は  
事業所の所在地

名 称

申請者

## 年度結核予防費補助金状況報告書

月 日付け第 号をもって補助申請をした結核予防補助事業に係る11月30日現在の実施状況につき、  
別紙とおり報告します。

年度結核予防費補助事業状況報告書

|                  | 箇所数      | 対象人員<br>a | 受診人員<br>b | 受診見込率<br>b/a<br>(%) | 健康診断  |       |        |       |       |        | 合計金額 |
|------------------|----------|-----------|-----------|---------------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|------|
|                  |          |           |           |                     | 間接撮影  |       |        |       | 直接撮影  |        |      |
|                  |          |           |           |                     | 保健所実施 |       | 医療機関実施 |       | 保健所実施 | 医療機関実施 |      |
|                  |          |           |           |                     | 70mm  | 100mm | 70mm   | 100mm |       |        |      |
| 高校生              |          |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 19歳以上の学生         |          |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 施設               |          |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 計 A              |          |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 支出額(円) B         |          |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 1人当たりの支出額(円) B/A |          |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
| 合計               | 実施済人員    |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |
|                  | 今後実施見込人員 |           |           |                     |       |       |        |       |       |        |      |

注 健康診断は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行令第12条第1項第2号及び第4号の規定により、学生又は生徒は入学した年度、施設入所者は65歳に達する日の属する年度以降毎年度受ける必要があります。

様式第5号

第 号  
年 月 日

京都府知事 様

学校、施設又は  
事業所の所在地

名 称

申請者

### 年度結核予防費補助金精算書

年 月 日付け京都府指令第 号をもって補助金交付の決定のあった 年度結核予防補助事業を下記のとおり完了したので、関係書類を添えて精算書を提出します。

記

補助金精算額 金 円

様式第6号

### 年度結核予防費補助金精算額明細書

| 支出<br>済額<br>A | 事業<br>収入額<br>B | 差引額<br>C(A-B) | 交付基準に<br>よる算定額<br>D | 補助<br>基本額<br>E | 補助所要額<br>F(E×2/3) | 補助交付<br>決定額<br>G | 補助金<br>受入額<br>H | 過不足額<br>I<br>(F-H) |
|---------------|----------------|---------------|---------------------|----------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------|
| 円             | 円              | 円             | 円                   | 円              | 円                 | 円                | 円               | 円                  |

注 1 「補助基本額E」欄は、C欄とD欄とを比較していずれか少ない方を記入してください。

注 2 「補助所要額F」欄は、補助金精算額と同額にしてください。

様式第7号

年度結核予防費補助金精算額算出明細書

1 健康診断費

|                  | 箇所数   | 対象人員<br>a | 受診人員<br>b | 受診率<br>b/a<br>(%) | 健康診断  |       |        |       |       |        | 合計金額 |
|------------------|-------|-----------|-----------|-------------------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|------|
|                  |       |           |           |                   | 間接撮影  |       |        |       | 直接撮影  |        |      |
|                  |       |           |           |                   | 保健所実施 |       | 医療機関実施 |       | 保健所実施 | 医療機関実施 |      |
|                  |       |           |           |                   | 70mm  | 100mm | 70mm   | 100mm |       |        |      |
| 高校生              |       |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
| 19歳以上の学生         |       |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
| 施設               |       |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
| 計 A              |       |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
| 支出額(円) B         |       |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
| 1人当たりの支出額(円) B/A |       |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
| 交付基準<br>算定額(円)   | 単価 C  |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |
|                  | C × A |           |           |                   |       |       |        |       |       |        |      |

2 健康診断の実施時期

令和 年 月 日 から

令和 年 月 日 まで

様式第8号

年度結核予防費補助金精算額内訳書

撮影費

| 支出科目 | 支出済額 | 支出済額内訳(種類別、件数、金額) |
|------|------|-------------------|
|      |      |                   |
| 計    | 円    |                   |

注 内訳の種類別件数は、学校、施設等に区別して記載してください。

様式第9号

年度結核予防費補助事業実施成績書

1 健康診断の実施成績

|          | 受診者数 | 間接撮影者数 |       |        |       | 直接撮影者数 |        |
|----------|------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|
|          |      | 保健所実施  |       | 医療機関実施 |       | 保健所実施  | 医療機関実施 |
|          |      | 70mm   | 100mm | 70mm   | 100mm |        |        |
| 高校生      |      |        |       |        |       |        |        |
| 19歳以上の学生 |      |        |       |        |       |        |        |
| 施設       |      |        |       |        |       |        |        |
| 計        |      |        |       |        |       |        |        |

2 実施方法

| 区分   | 保健所 | 医療機関 | その他 | 備考 |
|------|-----|------|-----|----|
| 間接撮影 |     |      |     |    |
| 直接撮影 |     |      |     |    |

注 該当する欄に○印を記入してください。

## 口座振替依頼書

| 希望金融機関名                   | 預金種別     | 口座番号<br>(預金通帳番号) | フリガナ<br>口座名義 |
|---------------------------|----------|------------------|--------------|
| 銀行<br>信用金庫<br>支店<br>(店番 ) | 普通<br>当座 |                  |              |

上記の金融機関の口座に送金願います。

令和 年 月 日

住 所

(電話 )

(補助金申請者)  
氏 名

---

やむをえず、口座名義があなた様と異なるときは、下記の委任状に御記入のうえ、御捺印をお願いします。

### 委 任 状

(口座名義人の氏名)

私は、 を代理人と定め、結核予防補助金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

(補助金申請者)  
氏 名

印