



平成 26 年度補助金等交付申請書

平成 26年10.1 日

函館市長 様

補助事業者等

住所
氏名

函館市上湯川町45番27号
社会福祉法人函館愛言会
法人の場合社名
理事長 木村尚志
及び代表者の氏名

事業名 結核予防事業

上記の事業に関し補助金等の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 事業の目的及びその概要

2 事業の着手及び完了年月日

着手 平成 26年9月8 日

完了 平成 26年9月30 日

3 補助金等交付申請額 金 9,940 円

1. [Redacted]

2. [Redacted]

3. [Redacted]

4. [Redacted]

(余白部分に次の事項を記載)

- 1 電話番号
- 2 銀行等の名称
- 3 口座番号
- 4 口座名 (フリガナ)

事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

款	科目		予算額		精算額	内訳		備考
	項	目	当初	更正後の額		収入済額	収入未済額	
結核予防			80,000	80,000	68,040	58,100	9940	
保健衛生費								

支出の部

款	科目		予算額		精算額	内訳		備考
	項	目	当初	更正後の額		支出済額	支出未済額	
結核予防			80,000	80,000	68,040	68,040	0	
保健衛生費								

上記のとおり、精算したことを証明します。

平成 26.10.31 日

函館市上湯川町45番29号
 補助事業者名等 社会福祉法人函館教育会

理事長 大田向豊吉

注1 この様式には、当該補助事業に要した経費のみ記載すること。

注2 「科目」欄の区分は標準を示したものであり、補助金等の交付を受けたものにおける通常の予算及び決算の区分がこれと異なるときは、それぞれ補助事業者等の区分に従い記載して差し支えないこと。

注3 「予算額」欄のうち、「更正後の額」欄には最後の更正後の額を記入すること。

注4 「収入未済額」及び支出未済額欄には債務が確定している額を記載し、かつ、債務者の住所氏名を「備考」欄に記入すること。

事業実績書

函館市上湯川町45番29号
 設置者(法人) 社会福祉法人函館愛育会
 法人代表者職 理事長 大日向豊吉
 法人所在地

学校(施設)区分 特別養護老人ホーム
 学校(施設)名 函館市銅山町12番2
 学校(施設)長名 社会福祉法人 函館愛育会
 学校(施設)所在地 特別養護老人ホーム おおぞら吉
 施設長 大日向豊吉

実施区分		入学(許可)定員	対象人数	受診人数	レンズカメラ	70mmミカタ	100mmミカタ及び直接撮影	その他の検査	
補助対象	学校	高校							
		大学							
		その他							
	施設	*65歳以上の収容(入所)者	50 [✓]	30 [✓]	30 [✓]		30 [✓]		
補助対象外	教職員		/	/	/				
			/	/	/				
実支出額							68040 [✓]		
補助対象	人数		/	/	/				
	金額		/	/	/				
基準算定額	単価		/	/	447	470	497 [✓]		
	金額		/	/			14910 [✓]		

※ 65歳に達する日の属する年度にある者を含む。

補助申請額の算出	総事業費	寄付金その他収入	差引額	対象経費の実支出額	基準算定額	補助基本額 c,d,eのいずれか低い額	補助申請額
	a	b	a-b=c	d	e	f	$f \times \frac{2}{3}$
	68040	0	68040	68040	14910	14910	9940

- 注1 この様式は、結核予防事業に要した経費に係る補助金の交付を申請する場合に使用すること。
 2 「補助対象外」の欄は、補助対象外となる教職員や、入学した年度以外の学生・生徒等に対して同時に健康診断を施行した場合などで、総事業費と補助対象経費が異なる場合のみ記載すること。
 3 「学校(施設)区分」欄には、次の表から当てはまるものを記入すること。

大学	高等学校	高等専門学校	専修学校	各種学校
救護施設	更生施設			
養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	軽費老人ホーム		
身体障害者更生施設※1	身体障害者療護施設※1	身体障害者授産施設※1		
知的障害者更生施設※2	知的障害者授産施設※2	知的障害者通勤寮※2		
婦人保護施設	障害者支援施設			

※1 障害者自立支援法附則第41条第1項の規定により、従前の例により運営することができるとされた施設
 ※2 障害者自立支援法附則第58条第1項の規定により、従前の例により運営することができるとされた施設