



平成27年度補助金等交付申請書

平成 27年 11月19日

函館市長 様

補助事業者等 住所 函館市本町33番2
氏名 社会福祉法人 函館厚生
理事長 高田 竹

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 事業の目的及び概要

入所者に対し結核予防法に基づく健康診断をするため。

2 事業の着手及び完了の予定期日

着手 平成27年10月22日

完了 平成27年11月18日

3 補助金等交付申請額 金 25,718 円

電話番号

取引銀行

口座番号

口座名義

事業名 結核予防事業 精算書

収入の部	科目		目		予算額		精算額	内訳		備考			
	款	項	目	節	当	初		修正後の額	収入済額		収入未済額		
	措置事業収入		保健衛生費	結核予防	25,718	円	25,718	円	0	円	25,718	円	函館市
	措置事業収入				87,472	円	87,472	円	87,472	円	0	円	
				計	113,190	円	113,190	円	87,472	円	25,718	円	

支出の部	科目		目		予算額		精算額	内訳		備考			
	款	項	目	節	当	初		修正後の額	支出済額		支出未済額		
	事業費支出		保健衛生費		113,190	円	113,190	円	113,190	円	0	円	

上記のとおり、精算したことを証明します。

平成 27年 11月 19日

補助事業名等 函館市本町 33番 2号
 社会福祉法人 函館厚生院
 理事長 高田 竹人

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

設置者(法人)名 社会福祉法人 函館厚生院
 法人代表者職・氏名 理事長 高田 竹人
 法人所在地 函館市本町33番2号
 施設区分 救護施設
 施設名 高丘寮
 施設長名 石黒 司
 施設所在地 函館市高丘町3番1号

実施区分 対象区分	入学 (許可) 定員	対象 人数	受診 人数	レンズ	70mm	100mm	その他の検査	
				カメラ	ミラーカメラ	ミラーカメラ 及び直接撮影		
補助対象 学校	高校							
	大学							
	その他							
補助対象外 施設	*65歳以上の 収容(入所) 教職員	120	77	77			77	
実支出額						113,190		
補助対象	人数					77		
	金額					113,190		
基準算定額	単価				447	470	501	
	金額						38,577	

* 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	補助申請額
	a	b	a-b=c	d	e	c、d、eのいずれ か低い額	f×2/3
	113,190	0	113,190	113,190	38,577	38,577	25,718

- 注1 この様式は、結核予防事業に要した経費に係わ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	更正施設			
養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	経費老人ホーム		
身体障害者更正施設	身体障害者療護施設	身体障害者福祉ホーム	身体障害者授産施設	
知的障害者更正施設	知的障害者授産施設	知的障害者福祉ホーム	知的障害者通勤寮	
婦人保護施設				