



平成29年度補助金等交付申請書

平成29年6月16日

函館市長 様

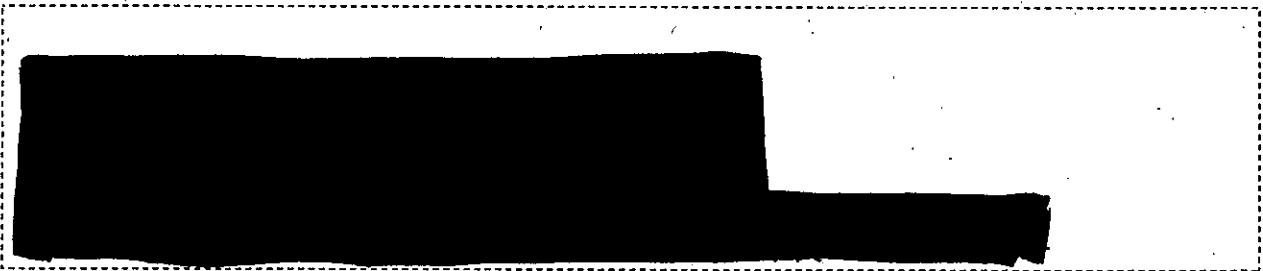
補助事業者等 住所 函館市山の手2丁目6番
氏名 学校法人 白百合学園
理事長 式井久美

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
定期結核健康診断
- 2 事業の着手及び完了年月日
着手 平成29年 4月 6日
完了 平成29年 6月14日
- 3 補助金等交付申請額 金 41,581円



事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

款	科目		節	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	
補助金収入	地方公共団体補助金	市町村補助金	結核予防	41,581円	41,581円	41,581円	0円	41,581円	函館市
生徒納付金	授業料収入			65,555円	65,555円	65,555円	0円	0円	
合計				107,136円	107,136円	107,136円	65,555円	41,581円	

支出の部

款	科目		節	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	
		教育研究経費支出	福利費支出	107,136円	107,136円	107,136円	107,136円	0円	

上記のとおり、精算したことを証明します。

平成29年 6月16日

補助事業者名等 学校法人 白百合学園
理事長 式井 久美子

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

学校（施設）区分 高等学校

設置者（法人）名 学校法人 白百合学園

学校（施設）名 函館白百合学園高等学校

法人代表者職・氏名 理事長 式井 久美子

学校（施設）長名 校長 本間 厚

法人所在地 東京都千代田区九段北2丁目4番1号

学校（施設）所在地 函館市山の手2丁目6番3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 カメラ	70mm ミカフ	100mm ミカフ 及び直接撮影	その他の検査	
補助対象	学校	181	124	124			124		
	高校								
	大学								
	その他								
	施設								
	*65歳以上の 収容(入所)者								
補助対象外	教職員								
実支出額									
補助対象	人数		124	124			124		
	金額		107,136	107,136			107,136		
基準算定額	単価				452	475	503		
	金額						62,372		

※ 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	$f \times \frac{2}{3}$
	107,136	0	107,136	107,136	62,372	62,372	41,581

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