



別紙様式1

平成30年度補助金等交付申請書

平成30年11月 7 日

函館市長 様

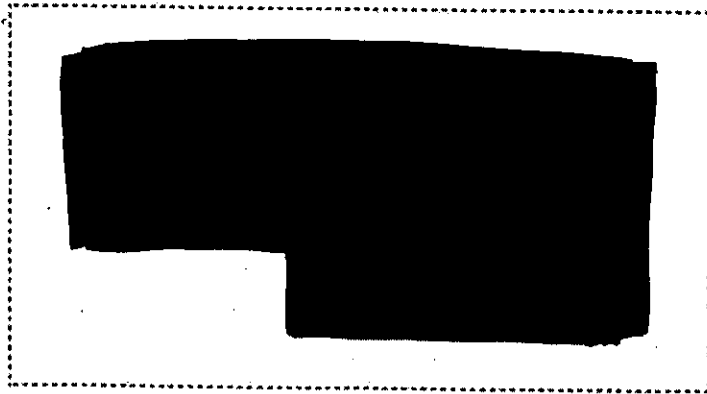
函館市本町34番8-1
社会福祉法人函館厚生
理事長 高田 竹

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. 事業の目的及びその概要
入所者に対し、結核予防法に基づく健康診断
2. 事業の着手及び完了年月日
着手 平成 30年 8月 20日
完了 平成 30年 10月 31日
3. 補助金等交付申請書 金 7,712 円



事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部	科目		目		予算額		精算額	内		備考	
	款	項	目	節	当	初		修正後の額	収入済額		収入未済額
	その他の事業収入	補助金事業収入				9,724	7,712	7,712		7,712	函館市
	介護保険事業収入	介護保険事業収入				32,906	26,098	26,098	26,098		
	計					42,630	33,810	33,810	26,098	7,712	

支出の部	科目		目		予算額		精算額	内		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	保健衛生費支出				42,630	33,810	33,810	33,810	0	
	計					42,630	33,810	33,810	33,810	0	

上記のとおり精算したことを証明します。

平成30年11月 1日

函館市本町34番8-1
 社会福祉法人函館厚生
 理事長 高田 竹

事業実績書

設置者(法人)名 社会福祉法人函館厚生院 施設区分 地域密着型介護老人福祉施設
 法人代表者職・氏名 理事長 高田竹人 施設名 サテライト百楽園
 法人所在地 函館市本町34番8-1号 施設長名 園長 石津俊之
 施設所在地 函館市高丘町3番1号

対象区分		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ミラカメラ	100mmミラーカメラ及び近視用カメラ	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)	29	28	23			23		
補助対象外	教職員									
実支出額								33,810		
補助対象	人数							23		
	金額							33,810		
基準定額	単価					452	475	503		
	金額							11,569		

※ 65歳に達する日の属する年度にある物を含む。

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のうち いずれか低い額	補助申請額
	a	b	a-b=c	d	e	f	f×2/3
	円	円	円	円	円	円	円
	33,810	0	33,810	33,810	11,569	11,569	7,712

- 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
介護施設	更正施設			
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	身体障害者援産施設※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