

令和 元 年度補助金等交付申請書



令和 元 年 10 月 25 日

函館市長 様

補助事業者等 住所 東京都千代田区西神田1丁目2番10号
氏名 学校法人 大原学園
理事長 中川 利

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

結核予防を含む定期健康診断の実施

2 事業の着手及び完了年月日

着手 令和 元 年 6 月 18 日

完了 令和 元 年 9 月 30 日

3 補助金等交付申請額 金 26,156 円

1
2
3
4

事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

科目			予算額		精算額	内訳		備考
款	項	目	節	当初	更正後の額	収入済額	収入未済額	
	補助金収入			26,156	26,156	0	26,156	函館市
	本科授業料収入			100,204	100,204	100,204	0	
	計			126,360	126,360	100,204	26,156	

支出の部

科目			予算額		精算額	内訳		備考
款	項	目	節	当初	更正後の額	支出済額	支出未済額	
	生徒活動補助金支出			126,360	126,360	126,360	0	

上記のとおり、精算したことを証明します。

令和元年10月25日

学校法人大原学園

補助事業者名等

理事長 中川 和久

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

設置者（法人）名 学校法人大原学園
 法人代表者職・氏名 理事長 中川 和久
 法人所在地 東京都千代田区西神田1丁目2-10

学校（施設）区分 専修学校
 学校（施設）名 大原簿記公務員情報医療専門学校函館校
 学校（施設）長名 校長 篠原 建成
 学校（施設）所在地 函館市若松町7-5

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 ミラカメラ	100mm ミラカメラ 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	120	78	78			78	／		
	施設	※65歳以上の 収容(入所)者									
補助対象外	教職員										
実支出額								126,360			
補助対象		人数						78			
		金額						126,360	／		
基準算定額		単価				452	475	503			
		金額						39,234	／		

※ 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	$\frac{2}{f \times 3}$
	126,360	0	126,360	126,360	39,234 /	39,234	26,156 /

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
教養施設	更生施設			
養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	嚙齧老人ホーム		
身体障害者更生施設※1	身体障害者療養施設※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