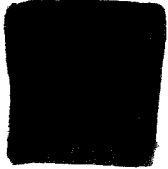




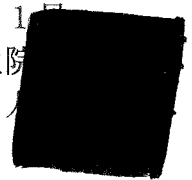
令和 2 年度補助金等交付申請書



令和 2 年 1 1 月 1 3 日

函館市長 様

補助事業者等	住所	函館市本町 3 4 番 8 - 1
	氏名	社会福祉法人函館厚生院
		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 令和 2 年 8 月 7 日
完了 令和 2 年 1 0 月 3 0 日

- 3 補助金等交付申請額 金 6, 0 3 6 円

1

2

3

4

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 ミカハ	100mm ミカハ 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)	29	29	18			18		
補助対象外	教職員		/	/	/					
			/	/	/					
			/	/	/					
実支出額			/	/	/			29,700	/	/
補助対象	人数		/	/	/			18	/	/
	金額		/	/	/			29,700	/	/
基準算定額	単価		/	/	/	452	475	503	/	/
	金額		/	/	/			9,054	/	/

※ 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	$\frac{2}{f \times 3}$
	29,700	0	29,700	29,700	9,054	9,054	6,036

- 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