

事業実績書

押印不要

設置者（法人）名 〇〇法人〇〇学園
法人代表者職・氏名 理事長 〇〇 〇〇
法人所在地 函館市〇〇町〇〇番〇〇号

学校（施設）区分 高等学校
学校（施設）名 〇〇高等学校
学校（施設）長名 校長 〇〇 〇〇
学校（施設）所在地 函館市〇〇町〇〇番〇〇号

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	100	80	80			80		
	施設	※65歳以上の 収容(入所)者								
補助対象外	教職員							20		
実支出額								165,000		
補助対象	人数							80		
	金額							120,000		
基準算定額	単価					454	478	506		
	金額							40,480		

消費税相当額及び地方消費税相当額を含まない額を記載

消費税相当額及び地方消費税相当額を含まない額を記載

※ 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	$\frac{2}{f} \times 3$
	184,800	0	184,800	120,000	40,480	40,480	26,986

- 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」欄の「金額」には、消費税相当額及び地方消費税相当額を含まない額を記載すること。
- 3 「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。
- 4 「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