

例 計画書 基準額 (1) 10人・基準額 (2) 20人・計30人
実績 基準額 (1) 8人・基準額 (2) 17人・計25人

令和6年6月1日

大分県知事 ○○ ○○ 殿

提出日を記入 ※締切：令和6年2月15日

◎◎
㊦ 法人の所在地・名称等を入力すること

所在地 大分市大手町3丁目1番1号
法人名称 社会福祉法人△△会
代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○
(施設・学校名 特別養護老人ホーム □□園)
担当者氏名 ○○ ○○
連絡先 ×××-×××-××××

令和6年度結核定期健康診断費補助金交付申請書兼実績報告書

下記のとおり、結核健康診断を実施したので、関係書類を添えて申請するとともに、実績を報告します。

記

1 交付申請額

金 25,306 円

注：様式1-1の(G)の額が自動入力されます。

2 事業完了年月日

令和6年5月20日

㊦ 領収証の日付を入力

3 添付書類

- (1) 選定額・所要額調書兼収支精算書（様式1-1）
- (2) 結核定期健康診断受診者名簿（様式1-2）
- (3) 健康診断実施機関からの領収証の写し
- (4) 領収金額内訳書（様式1-3）
※領収証の写しの額と総事業費（様式1-1の(A)の額）が違う場合のみ提出のこと
- (5) 誓約書（第2号様式）

結核健康診断費補助金 選定額・所要額調書兼収支精算書

(施設・学校名 特別養護老人ホーム □□園)

(1) 選定額調書

区分	受診人員	実支出額		基準額		選定額
		単価	円	単価	円	
基準額 (1)	8	1,890	15,120	750	6,000	6,000
基準額 (1) ※基準額 (1) の単価が 2種類ある場合に記載			0	750	0	0
基準額 (2)	16	2,420	38,720	1,880	30,080	30,080
基準額 (2) ※基準額 (2) の単価が 2種類ある場合に記載	1	4,070	4,070	1,880	1,880	1,880
基準額 (2) ※基準額 (2) の単価が 3種類ある場合に記載			0	1,880	0	0
合計	25		57,910		37,960	※1 37,960

注：選定額の欄には、実支出額と基準額のうち、少ない額が自動入力されます。

(2) 所要額調書

(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
総事業費	他の補助金・負担金 その他寄付金等収入額	差引額 (A) - (B)	選定額 ※1の額	補助基本額 ※(C) と (D) を比較して少ない方の額	補助率	交付申請額 (E) × (F) ※円未満切捨て
57,910	0	57,910	37,960	37,960	2/3	25,306

注：(G)の額が第1号様式の「1 交付申請額」に自動入力されます。

(3) 収支精算書

収入の部

区分	精算額	備考
結核健康診断費補助金	25,306	
施設負担金	32,604	
合計	57,910	

支出の部

区分	精算額	備考
結核健康診断費	57,910	
合計	57,910	

結核定期健康診断受診者名簿

施設・学校名:

特別養護老人ホーム □□園

No.	受診者氏名	基準額 ※該当する方を○		※基準額（２）の場合に記入	
		(1)	(2)	基準額（２）の理由	要介護度または障害者手帳等級等
1	×××	○			
2	×××	○			
3	×××	○			
4	×××	○			
5	×××	○			
6	×××	○			
7	×××	○			
8	×××	○			
9	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護1
10	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護1
11	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護1
12	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護2
13	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護2
14	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護3
15	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護3
16	×××		○	認知症で指示が通らない	要介護3
17	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
18	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
19	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
20	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
21	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
22	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
23	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
24	×××		○	車椅子利用で立位保持困難	要介護4
25	×××		○	寝たきりで立位困難	要介護5
26					
27					
28					
29					
30					
人数 計		8	17		

足りない場合は追加してください。

領収金額内訳書

※領収証の写しの額と総事業費（様式 1 - 1 の(A)の額）が違う場合のみ提出のこと

施設・学校名： 特別養護老人ホーム □□園

1 総事業費（様式 1 - 1 (A)の額）

円
 57,910 ①

2 補助対象外支出

内容（プルダウンから選択）	単価	人数	金額
対象外受診者	円 2,160	人 1	円 2,160
対象外検査	円 1,500	人 45	円 67,500
	円	人	円 0
計			円 69,660 ②

①+②
円
 127,570

※領収証の写しの額と同一の額になること

誓約書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、大分県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が、大分県と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

記

- 自己又は自己の役員等は、次の各号のいずれにも該当しません。
 - 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
 - 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
 - 暴力団員が役員となっている事業者
 - 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者
 - 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者
 - 暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者
 - 暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者
 - 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者
- 1の（1）から（8）までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

令和6年6月1日

大分県知事 ○○ ○○ 殿

所在地	大分市大手町3丁目 1番1号
法人名称	社会福祉法人△△会
ふりがな	りじちょう ○○○○○○
代表者職・氏名	理事長 ○○ ○○
生年月日	(明治・大正・昭和・平成) △△年 △△月 △△日 (男・女)

※ 県では、大分県暴力団排除条例に基づき、行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。