様式第４号（第８条関係）

結核健康診断事業変更（中止・廃止）承認申請書

年　　月　　日

**必ず当初申請日以降、実施日以前の日付としてください。↑**

　　（宛先）静岡市長

 所在地　静岡市○○区○○町○丁目○番○号

 申請者 名　称　社会福祉法人　○○

 　　　代表者氏名　理事長　△△　△△

**↓交付決定通知書の日付、文書番号を記入してください。**

　　　　年　　　月　　　日付け　　　第　　　号により補助金の交付の決定を受けた事業の変更（中止・廃止）について、承認を受けたいので、静岡市結核健康診断費補助金交付要綱第８条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

　１　変更（中止・廃止）の内容

　　　交付決定額　　　１１７，８００円**←交付決定通知書の決定額を記入してください。**

　　　変更後の申請額　１１１，９１０円（減額　５，８９０円）

**↑変更後の金額、増減金額を記入してください。**

　２　変更（中止・廃止）の理由

　　　**受診者数の増減理由を簡潔に記入してください。**

**例：○名退所のため、○名追加入所のため　等**

様式第２号（第５条、第８条、第10条、第13条関係）

内訳書

**（変更承認申請時）**

**開始～終了予定日を記入してください。↓**

（実施年月日　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 入学時の学生生徒（大学・各種学校） | 入学時の学生生徒（高校） | 外国籍の者を対象とした専修学校又は専門学校 | 施　設 | 人　員合　計 | 　　予定支出　　額　　 済 | 寄付金その他の収入額 | 基準額単　価 | 基礎算定額 |
| 対象人員 | 人 | 　 人 | 人 | 人**１００** | 　　人**１００** |  |  |  |  |
| 結核健康診断 | 間接撮影 | レンズカメラ |  |  |  |  |  |  |  | 454 |  |
| 70ミリ ミラーカメラ |  |  |  |  |  |  |  | 478 |  |
| 100ミリミラーカメラ |  |  |  |  |  |  |  | 506 |  |
| 直接撮影 |  |  |  | **９５** | **９５** | （※①）**221,130** |  | 1,767 | （※②）**167,865** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 　　　予定支出　　　　額　　　 済 | 寄付金その他の収入額 | 基礎算定額 | 市費補助基本額 | 補助率 | 市費補助額 |
| 合計額 | **円****２２１，１３０****①** | 円 | 円**１６７，８６５****②** | 円**１６７，８６５****③** | ２／３ | 円**１１１，９１０****④** |

**実際に支払う額となります。　　　　　　　　　　　　　　　※③は①と②のどちらか低い方の額となります。**

**④は1円未満切捨てです。**

令和　　年度結核健康診断予算書

**（変更承認申請時）**

　（収　入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 説明 |
| 市補助金 | **１１１，９１０** |  |
| 自己資金 | **１０９，２２０** |  |
|  |  |  |
| 収入合計 | **２２１，１３０** |  |

　（支　出）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 説明 |
| 健康診断費 | **２２１，１３０** | 例：**レントゲン撮影** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 支出合計 | **２２１，１３０** |  |

**※収入合計と支出合計は同額です。また、様式第２号の支出予定額とも同額になります。**

**（注）法人として複数の施設を所有する場合にこの内訳書が必要になります。**

**１施設のみの場合は不要です。**

結核健康診断内訳書

**（変更承認申請時）**

学校名（施設名）　**障害者支援施設○○**　　　所在地　**静岡市○○区○○町○丁目○番○号**

**開始～終了予定日を記入してください。（内訳書の実施年月日と同様です。）↓**

　　　　　　　　（実施年月日　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 受診人員 | 基準額単価 | 基礎算定額 |
| 対象人員 | 　　　　　　人**４５** |  |  |
| 結核健康診断 | 間接撮影 | レンズカメラ |  | 円４５４ | 円 |
| ７０ミリミラーカメラ |  | ４７８ |  |
| １００ミリミラーカメラ |  | ５０６ |  |
| 直接撮影 | **４５** | １，７６７ | ７９，５１５ |
| 合　　　　計 | **４５** |  | ７９，５１５ |

（注）　この内訳表の受診人員及び基礎算定額の合計値は、様式第２号の各値と一致すること。

**（注）法人として複数の施設を所有する場合にこの内訳書が必要になります。**

**１施設のみの場合は不要です。**

結核健康診断内訳書

学校名（施設名）　**特別養護老人ホーム△△**　　　所在地　**静岡市△△区△△町△丁目△番△号**

**開始～終了予定日を記入してください。（内訳書の実施年月日と同様です。）↓**

　　　　　　　　（実施年月日　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 受診人員 | 基準額単価 | 基礎算定額 |
| 対象人員 | 　　　　　　人**５０** |  |  |
| 結核健康診断 | 間接撮影 | レンズカメラ |  | 円４５４ | 円 |
| ７０ミリミラーカメラ |  | ４７８ |  |
| １００ミリミラーカメラ |  | ５０６ |  |
| 直接撮影 | **５０** | １，７６７ | ８８，３５０ |
| 合　　　　計 | **５０** |  | ８８，３５０ |

（注）　この内訳表の受診人員及び基礎算定額の合計値は、様式第２号の各値と一致すること。