

第5号様式

記載例
(実績報告)

補助事業完了月の翌月1日
付けとしてください。

〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

必ず交付申請者と実績報告者を同一に
してください。

交付申請者：理事長
+
実績報告者：学校長

この組合せ
では提出で
きません

所在地 〇〇市〇〇町〇-〇〇

法人名 学校法人 〇〇〇
△△△学院

施設/学校名称も記載し
てください。

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇

職名も記載してくださ
い。

〇〇年度結核健康診断事業実績報告書

〇〇年〇〇月〇〇日付けで交付決定を受けた標記事業の実績を次のとおり報
告します。

1 実績額

金 39,346 円

第6号様式(精算額内訳書)の
「カ 実績報告額」と同額を記載

2 添付書類

- (1) 結核健康診断事業精算額内訳書
- (2) 補助事業に係る歳入歳出決算見込書又は支出に関する領収書の写し
- (3) 結核健康診断実施成績表
- (4) その他参考となる書類

交付申請時に提出済みであっても添付してくだ
さい。

(2) 支出に関するものの写しは「領収書」以外受付
できませんのでご注意ください。

第6号様式

ウ × 2/3 を記載します。

交付決定通知書の金額を記載します。

結核健康診断事業精算額内訳書

区分	対象経費の支出済額	補助基準額	補助基本額	補助率	補助基本額 × 補助率	交付決定額	実績報告額
エックス線撮影	ア 円 228,800	(A) イ 円 59,020	ウ 円 59,020	2/3	エ 円 39,346	オ 円 39,346	カ 円 39,346

- 備考 1 「対象経費の支出済額」の欄には実際に支出した額を記入してください。
 ただし、健康診断の実施に伴って生じた収入（寄附金等）がある場合は、その収入額を控除した額を記入してください。
 なお、収入には、当該補助金は含みません。
- 2 「補助基準額」(A)の欄は、結核健康診断実施成績表（第3号様式）の「補助基準額」(A)と同額になるように記入してください。
- 3 「補助基本額」の欄は、「対象経費の支出済額」と「補助基準額」を比較して少ない額を記入してください。
- 4 「補助基本額×補助率」の欄は、「補助基本額」に補助率（2/3）を乗じて得た額を記入してください（円未満の端数は切り捨てます。）。
- 5 「交付決定額」の欄は、交付決定を受けた金額を記入してください。
- 6 「実績報告額」の欄は、「補助基本額×補助率」と「交付決定額」を比較して少ない額を記入してください。

エとオを比べて低い方を記載します。

補助対象者にかかった費用（税込金額）を記載します。

第3号様式の(A)と同額になります。

アとイを比べて低い方を記載します。（通常はイになります。）

実績報告書に添付するのは第6号様式になります。第1号様式（補助申請額明細書）ではありませんので、ご注意ください。

第2号様式

補助事業に係る歳入歳出決算見込書（〇年度）

1 歳 入

(単位：円)

科 目	金 額	積 算 内 訳
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f9cb9c;"> <p>この欄は、本事業の実施にあたり、<u>寄附金等の収入がある場合のみ記入してください。</u> なお、この欄には<u>本補助金の収入は含めません。</u></p> </div>		

2 歳 出

(単位：円)

科 目	金 額	積 算 内 訳
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 保健衛生費 (健康診断費用) </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">↑ 例示です。</p>	228,800 円	エックス線撮影 単価 1,600 円 実施者数 130 人 小計 208,000 円 消費税 20,800 円 合計 228,800 円
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f9cb9c;"> <p><u>補助対象者</u>にかかった費用のみ記載します。</p> <p>よって、高校2～3年生や教職員、施設の従事者、対象年齢未満の入所者に要した経費は含めないでください。</p> </div>		

第3号様式

結核健康診断実施成績表(○年度)

年度を記載してください。

区 分	対象人員 (人)	実施人員 (人)	エックス線撮影 (人)	発病のおそれのある者 (人)	発見患者数 (人)
大 学					
高 等 学 校	132	130	130	0	0
専 修 学 校 ・ 各 種 学 校					
施 設					
人 員 計 (ア)	132	130	130	0	0
補 助 基 準 単 価 (イ)			454円		
補 助 基 準 額 (ア)×(イ)			(A) 59,020		
健 康 診 断 実 施 日 (予 定 日)	○○年○○月○○日				

結果を必ず記載してください。
(当該の者がいない場合は"0"と記入ください。)

- 備考
- この表中の各人員数は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53の7条の規定による報告の数と一致します。
 - 大学には短期大学及び大学院を含みます。
 - 高等学校には中等教育学校の後期課程を含みます。
 - 申請時

健康診断実施日を記載してください。
その時期

例 ・令和○年7月10日
・令和○年4月～令和○年6月 等

130(人) × 454(円)
= 59,020(円)
この額を第6号様式の(A)に転記入してください。

添付漏れが多いので注意してください。