

黄色いセルに入力してください。

様式第1号(第3条関係)

令和 8年 ○月 △日

(あて先) 松江市長

申請者	所在地	690-0000
		松江市末次町△△番地
	名称	社会福祉法人 まつえ会
(代表者 職)	理事長	
フリガナ	マツエ タロウ	
氏名	松江 太郎	
生年月日	昭和○年 △月 ○日	生
(対象学校(施設)名)	特別養護老人ホームまつえ	

松江市結核予防費補助金交付申請書兼実績報告書

令和8年度松江市結核予防費補助金について、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。

なお、補助事業に暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者を関与させていないことを誓約します。

記

交付申請額は別紙1を入力すると自動計算されます。

1 交付申請額 金 10,120 円

2 添付書類

令和8年度松江市結核予防費補助金精算額明細書(別紙1)

令和8年度歳入歳出決算(見込)書抄本(別紙2)

記載例

施設で、65歳以上の入居者30名に対し、令和8年4月10日から9月30日の間にレントゲン検査を実施した場合。

学校(施設)名 特別養護老人ホームまつえ

令和8年度松江市結核予防費補助金精算額明細書

黄色いセルに入力してください。
(黄色いセル以外は、自動入力されます)

(単位:円)

(A) 補助対象経費の支出額	(B) 収入額	(C) 差引額 ((A)-(B))	(D) 交付基準による算定額	(E) 補助基本額 ((C)(D)のいずれか少ない額)	(F) 補助金額 (E)×2/3	(G) 補助金交付決定(見込)額	(H) 補助金受入額	(I) 差引過不足(△)額	備考
30,000		30,000	15,180	15,180	10,120	10,120		10,120	内訳(1)・(2)のとおり

(注) 補助申請額(F)に1円未満の端数が生じたときは切り捨てること。

健康診断に関して、別の補助金などの収入があれば入力してください。

(1) 健康診断実施実績

(実施日 令和8年4月10日 ~ 令和8年9月30日)

健康診断を実施した開始日と最終日を入力してください。
(1日で実施の場合は、同日となります)

区分	対象者数 人	受診者数 人	受診率 %	間接撮影 人	精密検査 人	事後処置分 人	合計 円
学校 (入学年度に1回)	1年生 (新入生)	健康診断の対象者数・受診者数・レントゲン検査実施数を入力してください。		精密検査、事後処置等の実施があれば入力してください。			
施設 (毎年度1回)	施設入所者 (65歳以上)	30	30	100.0	30		
計 (人員)	30	30	100.0	30			
補助対象経費の支出額(円)	胸部レントゲン検査に係る費用の合計を入力してください。			30,000			30,000
交付基準による算定額(円) (補助基準単価×実施人数)				15,180	精密検査等の実施があれば、その費用を入力してください。		15,180
補助基準単価(円)				506	8,020	8,020	

- 「対象者数」欄には、この補助事業の対象となるべき人員を記入のこと。「受診者数」欄には、この補助事業の受診実人員を記入のこと。
- 「交付基準による算定額」欄には、各検査区分の人員に「補助基準単価」欄の金額を乗じて得た額を記入のこと。

(2) 備品購入費所要額明細

品目	支出(予定)額		備考
	数量	金額(円)	
			該当があれば入力してください。
合計			

- 本事業の対象経費として5万円以上の備品を購入する場合に記載すること。
- 「備考」欄に品目の必要理由を記載のこと。

黄色いセルに入力してください。
(黄色いセル以外は、自動入力されます)

令和8年度歳入歳出決算 (見

学校 (施設) 名 特別養護老人ホームまつえ

(歳入)

(単位:円)

費目	本年度予算額	本年度決算額 (見込額)	比較 増(△)減	備考
松江市結核予防費補助金	10,120	10,120		
例: 利用料	19,880	19,880		
合計	30,000	30,000		

健康診断費用として負担した費目を入れてください。(利用料、保健衛生費等)

(歳出)

(単位:円)

費目	本年度予算額	本年度決算額 (見込額)	比較 増(△)減	備考
例: 健康診断費	30,000	30,000		
合計	30,000	30,000		

上記のとおり相違ありません。

健康診断に要した費目を入れてください。
(保健衛生費、健康診断費、委託料等)

令和 8年 ○月 △日

報告者 社会福祉法人 まつえ会

理事長 松江 太郎