

令和XX年XX月XX日

（あて先）枚方市長

社会福祉施設一覧

- ・特別養護老人ホーム
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・生活保護施設
- ・身体障害者更生施設
- ・身体障害者福祉ホーム
- ・身体障害者授産施設
- ・知的障害者更生施設
- ・知的障害者授産施設
- ・知的障害者福祉ホーム
- ・知的障害者通勤寮

法人

所在地 ○○府○○市○○町1丁目2番3号

法人名 ○○法人○○会

代表者職 理事長

代表氏名

代表者印であることを確認してください。

印影がはっきり判別できるようにしてください。 印

○○ ○○

学校又は施設の名称/所在地

○○ホーム ○○○○/ 枚方市○○町1丁目2番3号
○○老人ホーム ○○○○/ 枚方市○○町1丁目2番4号
○○○ ○○○学校/ 枚方市○○町1丁目2番5号

※複数施設の同時申請が可能です。

同時申請の場合に支払いを分けることはできません。

枚方市結核対策費補助金交付申請兼実績報告書

枚方市結核対策費補助金事業について、次のとおり別紙関係書類を添えて申請及び報告します。

1、交付を受けようとする申請額（実績額）

別紙1「申請額(実績額)」と一致

円

2、提出書類

- (1) 枚方市結核対策費補助金交付申請兼実績報告書（様式Ⅰ）
- (2) 健康診断事業実績・結核対策明細・経費負担概要報告書（別紙Ⅰ）
- (3) 歳入歳出決算(見込)書抄本（別紙Ⅱ）
- (4) 補助対象経費の支出を確認できる領収書等の写し
- (5) 結核に係る定期健康診断実施報告書

領収書等で支払いが確認できる日以降

※期限は当該年度1月末まで

3、事業完了の期日(費用支払い完了日)

令和XX年XX月XX日

事務担当者連絡先

施設名

○○ホーム ○○○○

担当者名

○○ ○○

電話番号

XXX-XXXX-XXXX

健康診断事業実績報告書 兼 結核対策明細・経費負担概要 金額は一例です。以降の書類全て直接撮影50人で計算しています。

対象区分	施設数	対象者数(A)	受診者数(B)	受診率(B/A)	間接撮影			直接撮影
					レンズカメラ	ミラーカメラ70mm	ミラーカメラ100mm	
大学・短大・専門学校等								
高校生								
施設入所者(65才以上)	1	50	50	100.0%				50
合計		50	50	100.0%	0	0	0	50
補助基本単価(円)					454円	478円	506円	1,821円
交付基準による算定額(円)					0円	0円	0円	91,050円
実支出額								100,000円

区分	総事業費(A)	事業収入(B)	差引額(A-B)	実支出額	交付基準算定額	補助基本額(C)	申請額(実績額)
間接撮影費			0円	0円	0円	0円	
直接撮影費	100,000円	0円	100,000円	100,000円	91,050円	91,050円	
合計						91,050円	60,000円

(注) 1 「補助基本額」には「差引額」、「対象経費の実支出額」及び「交付基準による算定額」の合計を比較して、最も少ない額を記入すること。

2 「申請額(実績額)」は、「補助基本額」に2/3を乗じた額であり、1000円未満の端数は切り捨てること。

補助金以外の経費負担の概要

補助事業の経費のうち	負担者	代表者名と一致
補助金によって賄われる	負担額	40,000円 総事業費(A)から「申請額(実績額)」を減算
部分以外の部分に関する事項	負担方法	例) 介護保険収入等による施設運営費から充当

歳入歳出決算(見込)書抄本(関係分のみ)

科目は一例です。

科 目			本年度決算(見込)額(円)	備 考
市補助金	補助金収入	結核対策費補助金収入	60,000円 「申請額(実績額)」と一致	
自己資金			40,000円 「負担額」と一致	
計			100,000円 本年度決算(見込)額合計(円)	

(支出)

科 目			本年度決算(見込)額(円)	備 考
委託料	保健衛生費		100,000円 「総事業費(A)」	
計			100,000円 本年度決算(見込)額合計(円)	

上記のとおり相違ないことを証明する。

様式1号(表紙)日付を超えていないか確認

令和××年××月××日

法 人 名 ○○府○○市○○町1丁目2番3号
代表者職氏名 理事長 ○○



結核に係る定期健康診断実施報告書

枚方市保健所長 様

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条の2の規定により、定期の健康診断を実施しましたので、同法第53条の7の規定に基づいて下記のとおり報告します。

報告年月日	令和××年××月××日（令和○年度分）	実施年月	令和○年○月
施設等の名称	○○ホーム ○○○○ (施設等長名 ○●)	連絡先	担当者 ○● 電話 XXX-XXXX-XXXX
施設等の所在地	枚方市○○町1丁目2番3号		

施設区分		①医療機関	②介護老健・介護医療院	③社会福祉施設		④学校		⑤刑事施設
対象者		職員	職員	職員	入所者 (65歳以上)	職員	学生 (入学時)	収容者
対象者数 A				36	50			
初回胸部エックス線撮影者数 B				36	50			
内訳	間接撮影者数							
	直接撮影者数 (デジタル撮影含む)			36	50			
要精密検査者数				0	0			
精密検査受診者数				0	0			
内訳	直接撮影者数(CT含む)							
	かくたん検査者数							
被発見者数	結核患者			0	0			
	結核発病のおそれがあると診断された者							
未受診者数(A-B)				0	0			
内訳	退職・休職							
	退学・休学							
	妊娠等							
	受診勧奨中							
	その他※ (理由と人数記載)							
※理由は備考内記載可								

◎この報告には、定期健康診断(労働安全衛生法にもとづく健康診断)や人間ドック等の健康診断を他で受け、その証明書等を実施者が確認した者を含めて記載してください。

【健診及び報告の義務がある施設一覧】

施設区分		実施義務者	対象者	健診実施回数
①	病院・診療所・助産所	事業所の長	「職員」	毎年度もしくは 入学年度
②	介護老人保健施設・介護医療院	事業所の長	「職員」	
③	社会福祉施設	「職員」:事業所の長 「入所者」:施設の長	「職員」及び「65歳以上の入所者」	
④	小学校・中学校 等	事業所の長	「職員」	
	大学(短期大学含む)・高等学校・ 高等専門学校・専修学校又は各種学校	「職員」:事業所の長 「学生」:施設の長	「職員」及び「本年度入学した学生」	
⑤	刑事施設	施設の長	「20歳以上の収容者」	

備考

保健所受付欄

○本報告は、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施行規則第27条の5の規定により毎年4月1日から翌年3月31日までの期間ごとに取りまとめ、同年4月10日までに保健所を経由して知事(保健所設置市の場合は市長)に提出すること。