



別紙様式 1

平成25年度補助金等交付申請書

平成 25 年 7 月 3 日

函館市長 様

住所 函館市鍛冶1丁目2番3号

補助事業者等 学校法人函館大谷学園

氏名 理事長 黒 萩 裕

事業(事務)名 結核予防事業

上記の事業に関し補助金等の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 事業の目的及び概要

結核健康診断及び予防接種

2 事業の着手及び完了の予定期日

着手 平成 25 年 4 月 19日

完了 平成 25 年 6 月 10日

3 補助金等交付申請額 金 28,163 円

(余白部分に次の事項を記載)

1 電話番号

2 銀行等の名称

3 口座番号

4 口座名

事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

科 目				予 算 書		精算額	内 訳		備 考
款	項	目	節	当 初	更生後の額		収入済額	収入未済額	
道支出金	道 補助金	衛生費	結核予防	28,163	28,163	28,163		28,163	
	学生生徒 納付金収入	授業料収入	負担金	25,107	25,107	25,107	25,107	0	
				53,270	53,270	53,270	25,107	28,163	

支出の部

科 目				予 算 書		精算額	内 訳		備 考
款	項	目	節	当 初	更生後の額		支出済額	支出未済額	
衛生費	保健衛生費	予防費	委託料	53,270	53,270	53,270	53,270	0	
				53,270	53,270	53,270	53,270	0	

上記のとおり精算したことを証明します。

平成 25 年 7 月 3 日

補助事業者名等

函館市鍛冶1丁目2番3号

学校法人 函館大谷学園

理事長 黒 萩 裕

# 事業実績書



学校(施設)区分 高等学校  
 設置者(法人)名 学校法人 函館大谷学園 学校(施設)名 函館大谷高等学校  
 法人代表者職・氏名 理事長 黒 萩 裕 学校(施設)長名 校長 丸山 政秀  
 法人所在地 函館市鍛冶1丁目2番3号 学校(施設)所在地 函館市鍛冶1丁目2番3号

対象区分		実施区分	入学 許可 定員	対象 人数	受診 人数	レンズ カメラ	70 mm ミラーカメラ	100 mm ミラーカメラ 及び直接撮影	その他の検査	
補助 対象	校	高校	130	85	85			85		
		大学								
		その他								
	施設	※65歳以上の 収容(入所)者								
補助 対象外	教職員		/	/	/					
			/	/	/					
			/	/	/					
実支出額			/	/	/			53,270		
補助対象	人数		/	85	85			85	/	/
	金額		/					53,270	/	/
基準算定額	単価		/	/	/	447	470	497	/	/
	金額		/	/	/			42,245	/	/

※ 65 歳に達する日の属する年度にある者を含む。

補助 申請 額の 算出	総事業費	寄附金その他 収入	差引額	対象経費の実 支出額	基準算定額	補助基本額 c,d,e のいずれ か低い額	補助申請額
	a	b	a-b=c	d	e	f	f × $\frac{2}{3}$
	53,270	0	53,270	53,270	42,245	42,245	28,163

- 注 1 この様式は、結核予防時宜用に要した経費に係る補助金の交付を申請する場合に使用すること。  
 2 「補助対象外」の欄は、補助対象外となる教職員や、入学した年度以外の学生・生徒等に対して同時に健康診断を施行した場合などで、総事業費と補助対象経費が異なる場合のみ記載すること。  
 3 「学校(施設)区分」欄には、次の表から当てはまるものを記入すること。

大学	高等学校	高等専門学校	専修学校	各種学校
救護施設		更正施設		
養護老人ホーム		特別養護老人ホーム	軽費老人ホーム	
身体障害者更正施設※1		身体障害者療護施設※1	身体障害者授産施設※1	
知的障害者更正施設※2		知的障害者授産施設※2	知的障害者通勤寮※2	
婦人保護施設		障害者支援施設		

※1 障害者自立支援法附則第 41 条第 1 項の規定により、従前の例により運営することができるとされた施設  
 ※2 障害者自立支援法附則第 58 条第 1 項の規定により、従前の例により運営することができるとされた施設