



平成26年度補助金等交付申請書

平成26年6月26日

函館市長 工藤 壽樹 様

補助事業者 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 門間 佳一



事業名 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 事業の目的及びその概要
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26年 4月 1日
完了 平成26年 5月30日
- 3 補助金等交付申請額 金 31,808 円

1	電話番号	[Redacted]
2	銀行等の名称	[Redacted]
3	口座番号	[Redacted]
4	口座名	[Redacted]



42字
42字

事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

款	科 項	目 目	節	予 算 書		精算額	内 訳		備考
				当 初	更生後の額		収入済額	収入未済額	
市支出金	市補助金	衛生費	結核予防	31,808		31,808	0	31,808	
	学生生徒 納付金収入	授業料収入	負担金	72,628		72,628	72,628	0	
				104,436	0	104,436	72,628	31,808	

支出の部

款	科 項	目 目	節	予 算 書		精算額	内 訳		備考
				当 初	更生後の額		支出済額	収入未済額	
衛生費	保健衛生費	予防費	委託料	104,436		104,436	104,436	0	
				104,436		104,436	104,436		
				0		0	0	0	

上記のとおり精算したことを証明します。

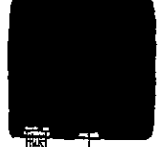
平成 26年 6月 26日

補助事業者名等

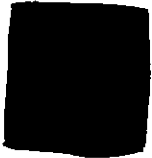
函館市鍛冶1丁目2番3号

学校法人 函館大谷学園

理事長 門 間 佳 一



事業実績書



設置者(法人)名 学校法人 函館大谷学園 学校(施設)区分 大学
 法人代表者職・氏名 理事長 門間 佳一 学校(施設)名 函館大谷短期大学
 学校(施設)長名 福島 憲成
 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	学 校	高校								
		大学	135	97	96			96		
	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								104,436 [′]		
補助 対象	人数			97	96			96 [′]		
	金額							104,436 [′]		
基準 算定 額	単価					447	470	497 [′]		
	金額							47,712 [′]		

※ 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 × $\frac{2}{3}$
	104,436 [′]	0 [′]	104,436 [′]	104,436 [′]	47,712 [′]	47,712 [′]	31,808 [′]

- 注1 この様式は、結核予防事業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。
 注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。
 注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