



別紙様式 1

平成 27 年度補助金等交付申請書

平成27年10月 1日

函館市長 様

函館市本町 33 番 2
社会福祉法人函館厚生
理事長 高田 竹

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

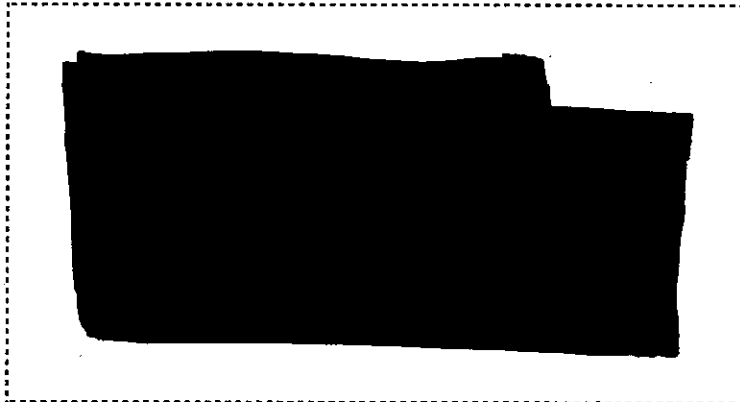
入所者に対し、結核予防法に基づく健康診断

2. 事業の着手及び完了年月日

着手	平成	27 年	8 月	27 日
完了	平成	27 年	9 月	30 日

3. 補助金等交付申請書

金 33,400 円



事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部		科目		目		予算額		精算額	内		備考
款	項	目	節	当	初	更正後の額	収入済額		収入未済額		
その他の事業収入	補助金事業収入				33,133	33,400	33,400		33,400		函館市
介護保険事業収入	介護保険事業収入				113,867	113,600	113,600		113,600		
					147,000	147,000	147,000	147,000	113,600	33,400	

支出の部		科目		目		予算額		精算額	内		備考
款	項	目	節	当	初	更正後の額	支出済額		支出未済額		
事業費支出	保健衛生費支出				147,000	147,000	147,000	147,000	147,000		
					147,000	147,000	147,000	147,000	147,000		

上記のとおり精算したことを証明します。

平成27年10月 1日

函館市本町33番2
 社会福祉法人函館厚生
 理事長 高田 竹

事業実績書

設置者（法人）名 社会福祉法人函館厚生院
 法人代表者職・氏名 理事長 高田竹人
 法人所在地 函館市本町33番2号

施設区分 特別養護老人ホーム
 施設名 函館百楽園
 施設長名 園長 澤田信子
 施設所在地 函館市高丘町3番1号

実施区分 対象区分		入学 (許可) 定員	対象 人数	受診 人数	レンズ カメラ	70mm ミラーカメラ	100mm 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							
		その他							
	施設	※65歳以上の入所者	100	100			100		
補助対象外	教職員		/	/	/				
			/	/	/				
実支出額			/	/	/				
補助対象	人数		/	/	/		100	/	/
	金額		/	/	/		147,000	/	/
基準 定額	単価		/	/	450	473	501	/	/
	金額		/	/			50,100	/	/

補助申請額の算出	総事業費	寄付金その他収入	差引額	対象経費の実支出額	基準算定額	補助基本額	補助申請額
	a	b	a-b=c	d	e	c, d, eのいずれか低い額	f
	円	円	円	円	円	円	円
	147,000	0	147,000	147,000	50,100	50,100	33,400

- 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。
 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
教護施設	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		
身体障害者更生施設	身体障害者療護施設	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	
婦人保護施設				