



平成29年度補助金等交付申請書

平成29年6月30日

函館市長 様

補助事業者等 住所 7040-0054 函館市元町14番1号
氏名 学校法人 函館国際学
理事長ウラジミル・クリ

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

結核健康診断実施のため

2 事業の着手及び完了年月日

着手 平成29年5月12日

完了 平成29年6月23日

3 補助金等交付申請額 金 4,359 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 (フリガナ)



事業精算書

事業名 結核予防事業

収入の部

款	科目		予算額		精算額	内訳		備考
	項	目	当初	更正後の額		収入済額	収入未済額	
	補助金	中町村補助金収入	4,359	4,359	4,359	0	4,359	函館市
	学生納付金	授業料等収入	19,228	19,228	19,228		0	
	計		23,587	23,587	23,587	19,228	4,359	

支出の部

款	科目		予算額		精算額	内訳		備考
	項	目	当初	更正後の額		支出済額	支出未済額	
	教育管理費	報州後託手数料	23,587	23,587	23,587		0	

上記のとおり、精算したことを証明します。

平成 29 年 6 月 30 日

学校法人 函館国際

補助事業者名等

(氏名)

理事長ウラジミル・クリ

注1 この様式には、当該補助事業に要した経費のみ記載すること。

注2 「科目」欄の区分は標準を示したものであり、補助金等の交付を受けたものにおける通常の予算及び決算の区分がこれと異なるときは、それぞれ補助事業者等の区分に従い記載して差し支えないこと。

注3 「予算額」欄のうち、「更正後の額」欄には最後の更正後の額を記入すること。

注4 「収入未済額」及び支出未済額欄には債務が確定している額を記載し、かつ、債務者の住所氏名を「備考」欄に記入すること。

事業実績書

設置者(法人)名 学校法人 函館国際学園 学校(施設)区分 専修学校
 法人代表者職・氏名 理事長ウラジミル・クリーロフ 学校(施設)名 ロシア極東大函館校
 法人所在地 〒040-0054 函館市元町14番1号 学校(施設)長名 イリイン セルゲイ
 学校(施設)所在地 〒040-0054 函館市元町14番1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	70mmミカフ	100mmミカフ及び直接撮影	その他の検査	
補助対象	学校	高校								
		大学								
		その他	80	14	13			13		
	施設	*65歳以上の収容(入所)者								
補助対象外	教職員									
実支出額								23,587		
補助対象	人数							13		
	金額							23,587		
基準算定額	単価					452	475	503		
	金額							6,539		

※ 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 a	寄付金その他収入 b	差引額 a-b=c	対象経費の実支出額 d	基準算定額 e	補助基本額 c,d,eのいずれか低い額 f	補助申請額 2 f×3
	23,587	0	23,587	23,587	6,539	6,539	4,359

- 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
救護施設	更生施設			
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※1	身体障害者療護施設※1	身体障害者授産施設※1		
知的障害者更生施設※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