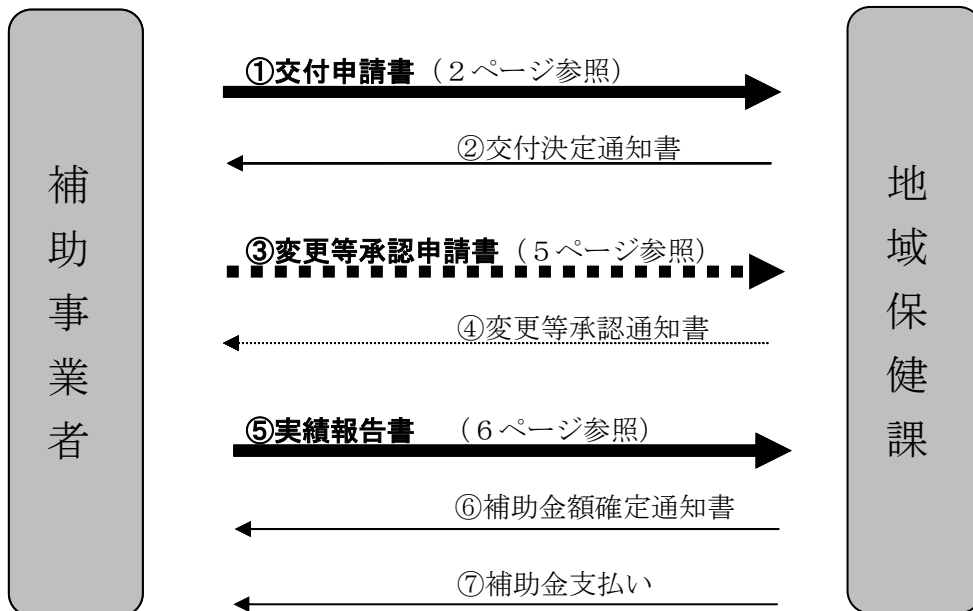


高知市結核定期健康診断事業費補助金 交付申請の手引き

【補助金基準単価表】

区 分	基 準 単 価
直 接 撮 影	1,821 円
間 接 撮 影	506 円

【補助金申請の流れ】



※ 様式は高知市地域保健課のホームページに掲載しています。

※ 要綱の改正により、押印は不要になりました。

(口座振替依頼書の委任状には署名又は記名押印が必要です。)

提出期限を過ぎて申請をされた場合には、補助金を交付できないことがありますので、くれぐれもご注意ください。

<問い合わせ先>

〒780-0850 高知市丸ノ内 1-7-45

高知市保健所地域保健課 予防接種・感染症対策室
松浦

TEL 821-6514 FAX 822-1880

E-mail kc-140200@city.kochi.lg.jp

A. 交付申請に関すること

1. 交付申請書の提出期限：令和8年5月11日（月）まで

- ・ 事業実施時期が提出期限以降の場合も提出期限は令和8年5月11日です。

2. 交付申請時の提出書類

- ① 高知市結核定期健康診断事業費補助金交付申請書（様式第1号）
- ② 結核定期健康診断事業費補助金所要額等調書（様式第2号）
- ③ 結核定期健康診断事業収支予算書（様式第3号）
- ④ 事務担当者連絡窓口登録票

<記載上の注意>

- ① 交付申請書（様式第1号）
 - ・ 交付申請額は、見込みの金額をご記入ください。
 - ・ 施設名称欄は、補助金の交付を受けようとする施設の名称をご記入ください。
 - ・ 申請者の名称欄は、法人名（法人化していない施設は施設名）を、代表者職・氏名欄には、代表者の肩書きと氏名をお願いします。

<記載例>

所在地 高知市丸ノ内1-7-45
申請者 名称 社会福祉法人保健会
代表者職・氏名 理事長 高知 太郎

※ 以後、当該申請に係る申請者・補助事業者の所在地・名称はすべてこの様式第1号にご記入いただいたものと同一としてください。

② 所要額等調書（様式第2号）

- ・ (B)欄は、本人から費用の一部を徴収する場合に、徴収した金額の合計をご記入ください。
- ・ (G)欄の補助所要額が交付申請額と一致すること。1円未満は切捨てとなります。
- ・ 間接撮影と直接撮影のどちらに該当するかは、委託医療機関にお問い合わせください。**交付基準による算定額についても、間接撮影の場合は(ア)、直接撮影の場合は(イ)で計算してください。**実施方法が多岐にわたる等ご不明な場合はお問い合わせください。
- ・ 直接撮影の中でも、ストレッチャー・車いす・立位などで実施単価が異なる場合があります。実施単価の一部が、基準単価を上回る場合はその項目は人数に基準単価

を乗じた額、基準単価を下回る場合はその項目は人数に実施単価を乗じた額になります。その合計を「交付基準による算定額」とし、そこに2/3を乗じた額が補助金所要額となります。

<補助金所要額計算例>

【人数】	【項目】	【実施単価】	【基準単価】
20人	ストレッチャー	¥3,300	¥1,821
10人	車いす	¥2,420	
5人	立位	¥1,650	

基準単価を下回る場合

【交付基準による算定額】 = ストレッチャー ¥1,821 × 20人 + 車いす ¥1,821 × 10人 + 立位 ¥1,650 × 5人 = 62,880

【補助金所要額】 = 62,880 × 2/3 = 41,920

- その他の注意点については、様式第2号内の(注)をご参照ください。

<記載例>

<記載例>

様式第2号(第5条関係)

結核定期健康診断事業費補助金所要額等調書

(単位:円)

	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
	総事業費	収入額	差引額 (A)-(B)	交付基準による算定額の金額	支出予定額	(C)(D)(E)の いずれか少ない額	補助金所要額 (F) × 2/3
結核定期健康診断事業費	96,500	0	96,500	89,035	96,500	89,035	59,356

注 (G)の算出の際は、円未満を切り捨てること。

結核定期健康診断費内訳

	間接撮影	直接撮影	合計
人 員	大学・専修学校・各種学校 (本年度の入学生に限る。)		
	高等学校・高等専門学校 (本年度の入学生に限る。)		
	施設 (65歳以上の入所者に限る。)	50	35
計	50	35	85
実施単価	600	1,900	
支出予定額	30,000	66,500	(I) 96,500
交付基準による算定額	基準単価 (ア) 506	(イ) 1,821	
	金額	25,300	(H) 89,035

- (注)
- 「実施単価」欄は、胸部レントゲン撮影に係る経費のみ記入すること。
 - 基準単価(ア)及び(イ)欄は、市長が別に定める額を記入すること。
 - 「交付基準による算定額」欄の金額は、「基準単価」×「延べ人数」により算定した額を記入すること。
 - (H)欄は(D)欄と、(I)欄は(E)欄と一致すること。

③ 収支予算書(様式第3号)

※ 様式第3号は変更等承認申請時にも必要となるため、コピーしてご使用ください。

- (支出)欄 … 結核定期健康診断事業実施に要する額
- (収入)欄 … 「高知市結核定期健康診断事業費補助金」の額を記入し、(支出)との差額分は「その他の収入」等としてご記入ください。

〈記載例〉

様式第3号（第5条・第8条関係）

結核定期健康診断事業収支予算書

(取 入)		(単位：円)
予 算 科 目	予 算 額	備 考
高知市結核定期健康診断事業費補助金	59,356	
その他の収入	37,144	
収 入 合 計	96,500	

(支 出)		(単位：円)
予 算 科 目	予 算 額	備 考
保健予防費	96,500	
支 出 合 計	96,500	

収入合計=支出合計

上記のとおり相違ありません。

様式第1号の申請者と同じ
所在地、名称、代表者職・
氏名をお願いします。

年 月 日

申請者所在地 高知市丸ノ内1-7-45
(補助事業者)
名 称 社会福祉法人 保健会
代表者職・氏名 理事長 高知 太郎

④ 事務担当者連絡窓口登録票

- ・ 当補助金事務に関する連絡の窓口となる担当者等についてお知らせください。
- ・ 補助金振込先口座名義人が申請者（法人理事長等代表者）と異なる場合は、委任状が必要となります。**その他連絡事項の欄の、委任状の要・不要のいずれかに○を付けてください。**（「要」の場合は、交付決定通知書を送付する際に、委任状を同封いたします。）

B. 変更等承認申請に関すること

補助金交付決定通知書の受理後に、健康診断対象者の増加等により補助所要額が**交付決定金額より増額する場合**や補助事業を**中止または廃止**しようとするときは、原則、**事業実施前に変更等承認申請**をして承認を受ける必要があります。

1. 変更等承認申請時の提出書類

- ① 高知市結核定期健康診断事業変更等承認申請書（様式第5号）
- ② 結核定期健康診断事業費補助金所要額等変更調書（様式第6号）
- ③ 結核定期健康診断事業収支予算書（様式第3号）

<記載上の注意>

- ① 変更等承認申請書（様式第5号）
 - ・申請者の欄は、初回の交付申請書（様式第1号）と同じ名称等でご記入ください。
 - ・本文中の「～、下記のとおり事業内容の変更・中止・廃止をしたいので、～」の部分は、該当する項目に○をつけるか、不要な項目を削除してください。

<記載例>

～、下記のとおり事業内容の**変更**中止・廃止をしたいので、～

- ② 所要額等変更調書（様式第6号）
 - ・（G）欄上段（変更申請分）の補助所要額が変更等申請額と一致すること。
- ③ 収支予算書（様式第3号）
 - ・3ページの収支予算書を参照

C. 実績報告に関すること

1. 実績報告書類の提出期限：事業完了後すみやかに。原則事業完了後2か月以内。

※事業完了日とは

実績報告書に添付する「医療機関が発行する請求書又は領収書及び明細書の写し」が作成できた日とします。記載誤りの場合は再提出が必要となります。

2. 実績報告時の提出書類

- ① 高知市結核定期健康診断事業実績報告書（様式第8号）
- ② 結核定期健康診断事業費補助金精算額等調書（様式第9号）
- ③ 結核定期健康診断事業収支決算書（様式第10号）
- ④ 委託医療機関の発行する請求書又は領収書及び明細書の写し
- ⑤ 高知市への請求書
- ⑥ 委任状（申請者と振込先口座名義人が異なる場合のみ提出が必要）

※ ⑤⑥の様式は、交付決定通知書の送付時に同封して送付します。（⑥は事前に必要と連絡のあった機関のみ）

<記載上の注意>

① 実績報告書（様式第8号）

- ・ 振込先口座は、法人名義の口座とし、原則として、口座名義人が申請者（補助事業者）と同じ口座をご指定ください。
- ・ **振込先口座名義人が申請者（補助事業者）と異なる場合は、別途委任状を提出し、振込先口座欄には受任者の口座情報をご記入ください。**

※ 委任状の様式は、初回交付申請時に提出していただく事務担当者連絡窓口登録票に委任状「要」と記入されていれば、交付決定通知書を送付する際に委任状様式を同封して送付します。途中で必要になった場合は担当までご連絡ください。

② 精算額等調書（様式第9号）

- ・ 手引き2ページの所要額等調書を参照
（「支出予定額」の文字を「実支出額」に読み換える。）

③ 収支決算書（様式第10号）

- ・ 手引き3ページの収支予算書を参照
（「予算」の文字を「決算」に読み換える。）

④ 委託医療機関の発行する請求書又は領収書及び明細書の写し

- ・ 領収書などに健診日の記載のない場合は、用紙余白に健診実施日を記載してください。
- ・ 領収書などに今回の補助事業対象者の人数が明記されていない場合は、「内、1年生68名」あるいは「内、65歳以上6名」などと内訳を書いた文書を添付するか、領収書自体に注意書きとしてボールペンで書き込んでください。

⑤ 高知市への請求書

- ・住所、氏名の部分には、交付申請時と同じ申請者所在地、名称、代表者職及び氏名をご記入ください。フリガナの部分までお願いします。
- ・請求年月日の欄は空白のまま提出してください。

記入例

請求(見積)書

課名	地域保健課															
※ 太線の中に 記入ください。	金額															
	右記の約定事項を承知し、内訳の価格及び条件をもとに注文に応じ履行しますので検査検取済の上は代金を支払願います。															
	高知市長 様 年 月 日															
	住所															
	氏名															
	履行(納入)場所															
	約定事項 1 納期限を超過した場合は、過期1日につき表記見積金額の千分の一を違約金として代金と相殺せられ、又は契約を解除せられるも何ら異議ないこと。 2 高知市の関係規則等の規定はもろろん遵守すること。 3 別に定めのあるものを除き、適法な請求書を受理した日から、工事代金については40日、その他の代金については30日以内に支払うこと。															
	債権者登録している口座へ支払う場合は、押印の省略ができます。															
	委託関係 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 請求委任 <input type="checkbox"/> 受領委任 <input type="checkbox"/> 請求受領委任 <input type="checkbox"/> 受取人変更															
	債権者、請求者、受領者が違う場合は、委託関係にチェックをお願いします。															
請求者の記入をお願いします。																
債権者登録番号 (□ 工事前金払)																
支払方法 (□)にシ点を付けてください()	<input checked="" type="checkbox"/> 口座払															
	※ 債権者登録番号を記入いただいた場合、振込先の記入は不要です。															
	振込先 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">銀行・信金 農協</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">信組・労金</td> <td></td> </tr> </table>											銀行・信金 農協			信組・労金	
	銀行・信金 農協															
	信組・労金															
	支店 支所 出張所															
	口座振替申出書 種目 ・普通預金 口座番号 ・ (フリガナ) 口座名義															
	<input type="checkbox"/> その他 納付書払 ・ 窓口払 ・ ()															
【様式第8号の5】 と同じ内容を記入 をお願いします。																
内 訳																
	品名 (形質・寸法)	数量	単位	単価	金額											
	令和 年度 高知市結核定期健康診断事業費補助金として	1	一式													
	合 計															
年度の記入をお願いします。																
	金額の記入をお願いします。															

⑥ 委任状

- ・申請者と請求者と振込口座名義人が異なる場合は委任状の提出が必要になります。
- ・委任状が必要な事業者には、交付決定通知書と一緒に送付します。