

結核定期健康診断補助金実績報告用入力フォーム(※提出の必要はありません)

色の付いたセルに必要事項を入力してください。このシートに入力したデータが、その他のシート(様式7、様式C、様式E)に反映されますので、内容を確認後、印刷してください。日本語教育施設のみ、様式Dを提出する必要がありますが、様式Dは入力フォームが一部使えませんが、直接入力をしてください。

報告日 令和 8 年 6 月 15 日
 事業開始日 令和 8 年 5 月 1 日
 事業終了日 令和 8 年 5 月 30 日

健診が1日で終わりの場合は開始・終了同日を入力。

補助金交付対象事業の名称 大阪市結核定期健康診断補助金

交付決定の情報 決定通知書に記載あり
 交付決定通知日 令和 8 年 4 月 1 日
 交付決定番号 大阪市指令大保第 15 号
 交付決定額 34,933 円

法人等の情報

郵便番号 530-8201
 所在地 大阪市中之島1-3-20
 名称 「理事長」等 学校法人大阪市役所学園
 代表者の役職 氏名 理事長 大阪 太郎

学校法人・社会福祉法人等、省略しないように。

どちらか選択

学校・施設の情報

学校・施設(どちらか選択してください) 学校 施設
 名称 大阪市保健所高等学校
 郵便番号 545-0051
 所在地 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000
 学校・施設長の氏名 大阪 花子
 担当者 阿倍野 一郎
 電話 06-6647-0000 FAX 06-6647-△△△△
 E-mail AAAAA@X.X.lg.jp
 学校在籍人員(学校はこちらを入力) 1年生 400 人
 全学年 1,200 人
 施設在籍人員(施設はこちらを入力) 人

学校の場合、必ず選択

健診実施結果(学校の方はこちらに入)

学校の種別	高等学校	リストから選択してください。
(人員)・・・上段は1年生、下段は全学年		(単価・税込み)
レンズカメラ	人	レンズカメラ 円
レンズカメラ	人	
ミラーカメラ(70mm)	人	ミラーカメラ(70mm) 円
ミラーカメラ(70mm)	人	税込み
ミラーカメラ(100mm)	人	ミラーカメラ(100mm) 円
ミラーカメラ(100mm)	人	実際に健診を受けた人数
直接撮影	390人	直接撮影 1,100.0円
直接撮影	人	
精密検査(事後措置)	人	精密検査(事後措置) 円
精密検査(事後措置)	人	
かくたん検査	人	
かくたん検査	人	
結核患者		
結核患者		
結核発病のおそれがあると診断されたもの		
結核発病のおそれがあると診断されたもの		

実際に健診を受けた人数

税込み

健診実施結果(施設の方はこちらに入)

(人員)		(単価・税込み)	
レンズカメラ	人	レンズカメラ	円
ミラーカメラ(70mm)	人	ミラーカメラ(70mm)	円
ミラーカメラ(100mm)	人	ミラーカメラ(100mm)	円
直接撮影	人	直接撮影	円
精密検査(事後措置)	人	精密検査(事後措置)	円
かくたん検査	人		
結核患者			
結核発病のおそれがあると診断されたもの			

その他の情報

寄付金その他の収入額 0円

[様式第10号]

令和 8 年 6 月 15 日

大 阪 市 長 様

学校法人・社会福祉法人
等、省略しないように。

〒530-8201

所 在 地 大阪市中之島1 - 3 - 20

名 称 学校法人大阪市役所学園

代表者の氏名 理事長 大阪 太郎

(学校施設の名称 大阪市保健所高等学校)

「理事長」等+氏名を記入。

(所在地 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000)

大阪市結核定期健康診断補助金実績報告書

令和 8 年 4 月 1 日付け大阪市指令大保第 15 号にて補助金の交付決定を受けた補助事業について、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第12条の規定により、次のとおり実績を報告します。

記

決定通知書に記載あり

1 補助金交付対象事業の名称 大阪市結核定期健康診断補助金

2 交付決定額	金	34,933	円
精算額	金	34,060	円

3 添付書類

- (1) 補助事業の支出に関する領収証等の写し
- (2) 結核定期健康診断実績報告書 (様式D)
- (3) 日本語教育施設結核定期健康診断実績報告書(様式E)
(日本語教育施設のみ提出)
- (4) 結核定期健康診断補助事業実績内訳書 (様式F)
- (5) その他市長が必要と認める書類

〔様式D〕

結核定期健康診断実績報告書

大阪市長 様

令和 8年 6月 15日

所在地	〒 530-8201 大阪市中之島1-3-20					実施者の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 学校長 <input type="checkbox"/> 施設の長
名称	学校法人大阪市役所学園						
代表者の氏名	理事長 大阪 太郎						
学校・施設長の氏名	大阪 花子						
学校・施設名	大阪市保健所高等学校 実際に健診を受けた人数						
対象者の区分	学校関係	高等学校	専修学校 各種学校	大学	施設入所者		
間接撮影者	1年生						
	全学年						
直接撮影者	1年生	390					
	全学年						
かくたん検査者数	1年生						
	全学年						
被 発 見 者	結核患者	1年生					
		全学年					
	結核発病のおそれがあると診断されたもの	1年生					
		全学年					

※施設入所者に関して

この施設とは社会福祉法第2条第2項第1号及び第3号から第6号までに規定する施設。
その施設に収容されている者、収容されている者の年齢が65歳以上である人員を記載すること。なおこの場合、当該年度内に65歳に達する者を含むものであること。

〔様式E〕

日本語教育施設結核定期健康診断実績報告書

報告年月日 令和 8 年 6 月 15 日

学校・施設名 大阪市保健所高等学校

〒 545-0051

住 所 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000

学校・施設長 大阪 花子

1. 健康診断の種類（該当するものを○で囲むこと）

(1) 入学時健康診断

(2) 入学後健康診断

ア 専修学校又は専門学校における感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2に基づく定期健康診断

イ 専修学校、専門学校のいずれにも該当しない日本語教育施設における行政の勧奨による健康診断

2. 健康診断の結果

実施日	施設名	健康診断対象者数	健康診断受診者数 (A)	要精密検査対象者数	要精密検査受診者数	要医療者数 (B)	発見率 (%) (B/A)
令和7年5月10日～ 令和7年5月30日	大阪市保健所高等学校	400	390	1	1		

3. 要医療者の内訳

性別		年齢				国籍										病型				受療状況			健康保険加入状況				
男	女	10歳代	20歳代	30歳代	その他	共和国	中華人民共和国	大韓民国	フィリピン共和国	ベトナム社会主義共和国	インド	ミャンマー連邦	タイ	ネパール	インドネシア	ブラジル	その他	型	型	型	その他	治療中	未治療	帰国	国民健康保険	その他の保険	不明・未加入

注：病型の欄には、結核病学会病型分類に従って記入する

〔様式F〕

令和 8 年 6 月 15 日

大阪市長 様

〒 530-8201
 所在地 大阪市中之島1-3-20
 名称 学校法人大阪市役所学園
 代表者の氏名 理事長 大阪 太郎
 担当者名(窓口) 阿倍野 一郎 電話番号 06-6647-0000
 FAX 06-6647-△△△△
 E-mail AAAAA@××.lg.jp

結核定期健康診断補助事業実績内訳書

学校・施設名 大阪市保健所高等学校	学校	在籍人員(新1年生)	400	人
		在籍人員(全学年)	1200	人
	施設	在籍人員		人
補助事業の開始及び完了日 令和 8 年 5 月 1 日 ~ 令和 8 年 5 月 30 日				

区 分	㉠ 事業支出額			㉡ 補助基本額		
	補助対象 実施人員	税込み	象 人員	補助単価	金 額	
間接 撮影	レンズカメラ	人	円	人	81	円
	ミラー				97	
	カメラ				125	
直接撮影	390	1,100	429,000	390	131	51,090
精密検査(事後措置)					131	
合 計			円		51,090	円

㉠ 事業支出額	金	429,000 円
㉡ 補助基本額	金	51,090 円
㉢ 寄付金その他の収入額	金	円
㉣ 補助対象額	(㉠ - ㉢ と ㉡ を比較して少ない額)	金	51,090 円
㉤ 補助申請額	(㉣ × 2/3、1円未満切捨)	金	34,060 円