

結核定期健康診断補助金申請用入力フォーム

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(大阪市結核定期健康診断補助金交付申請書、結核定期健康診断補助事業計画内訳書、私立学校・施設等事業収支予算書抄本)に反映されますので、内容を確認後、印刷してください。ただし、寄付金その他の収入額が予定されている場合や、歳出の予算科目が複数ある場合は、予算書抄本に正しくデータが反映されませんので、手入力を行ってください。

申請日	令和 8 年 2 月 21 日
事業開始予定日	令和 8 年 5 月 1 日
事業終了予定日	令和 8 年 5 月 31 日

健診が1日で終わる場合は開始・終了同日を入力。

法人等の情報

郵便番号	530-8201	学校法人・社会福祉法人等、省略しないように。
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	
代表者の役職 氏名	理事長 大阪 太郎	

「理事長」等

学校・施設の情報

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	
担当者	大阪 花子	
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	入学者数が確定していない場合は、定員数など入学者見込数を記入。
	全学年 1,200人	
施設在籍人員(施設はこちらを入力)		人

健診実施計画

(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	400 人	直接撮影	770 円
精密検査(事後措置)	人	精密検査(事後措置)	円

税込み

※注意※

在籍人員(学校は在籍人員(新1年生))と補助対象実施人員に差異が生じる場合は、その理由記入すること。

理由:

例) 施設在籍人員は70人(定員)であるが、昨年度入所者の入替えが20名あったため補助対象は90人と見込む。

例) 入学者確定数は2,000人であるが、昨年実績より健診当日1%の欠席者があると見込み1,980人分申請する。

予算の情報

※記入漏れ要注意※

(歳入の部)

科目名

補助金交付額(予定額)

(例)補助金交付額(予定額)

前年度予算額

30,000 円

前年度補助金受入予定(予算)額を入力

科目名(補助金以外)

学校負担額

(例)事業者負担額

寄付金その他の収入額(予定)

0 円

(歳出の部)

科目名

結核定期健康診断費

(例)結核定期健康診断費

前年度予算額

200,000 円

前年度事業支出予定(予算)額を入力

[様式第1号]

大 阪 市 長 様

学校法人・社会福祉法人
等、省略しないように。

令和 8 年 2 月 21 日

〒530-8201

所 在 地 大阪府中之島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)

大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000)

「理事長」等+氏名を記入。

大阪市結核定期健康診断補助金交付申請書

標題の補助金について交付を受けたいので、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱（以下「本市補助金要綱」という。）第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

1 補助金交付申請額及びその算出の基礎

(1) 申請額 金 34,933 円

(2) 算出基礎

結核定期健康診断補助事業計画内訳書（様式A）に記載

2 補助金交付対象事業の名称、目的及び内容

(1) 名称 大阪市結核定期健康診断補助金

(2) 目的 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の規定により、学校又は施設の実施義務者が定期健康診断を実施した場合、本市補助金要綱の基準により補助金額を交付する。

(3) 内容 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58条の3に規定する定期の健康診断に要する

健診が1日で終わる場合は開始・終了同日を入力。

3 補助事業の開始及び完了予定日

令和 8 年 5 月 1 日 ~ 令和 8 年 5 月 31 日

4 添付書類

結核定期健康診断補助事業計画内訳書（様式A）

私立学校・施設等事業収支予算書抄本（様式B）

その他市長が必要と認める書類

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) 大阪 花子 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計画内訳書

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
入学人数が確定していない場合は、定員数など入学者見込数を記入。 補助事業の開始予定及び完了予定日 令和 8 年 5 月 1 日 ~ 令和 8 年 5 月 31 日				

区分	㉠ 事業支出予定額			㉡ 補助基本額(予定額)		
	補助対象 実施人員	予定単価	金額	補助対象 実施人員	補助単価	金額
間接 撮影	レンズカメラ		円	人	円	円
	ミラー 70mm				81	
	カメラ 100mm				97	
直接撮影	400	770	308000	400	131	52400
精密検査(事後措置)					131	
合計			308000 円			52400 円

㉠ 事業支出予定額	金	308000 円
㉡ 補助基本額(予定額)	金	52400 円
㉢ 寄付金その他の収入額(予定)	金	円
㉣ 補助対象予定額 (㉠ - ㉢ と ㉡ を比較して少ない額)	金	52400 円
㉤ 補助申請予定額 (㉣ × 2/3、1円未満切捨)	金	34933 円

在籍人員(学校は在籍人員(新1年生))と補助対象実施人員に差異が生じる場合は、その理由記入すること。
 多くても少なくとも差異がある場合は必ず記入してください。
 理由: _____

〔様式B〕

私立学校・施設等事業収支予算書抄本

(結核健康診断関係分)

科 目	本 年 予 算 額	前 年 度 予 算	比 較		備 考
			増	減	
補助金交付額 (予定額)	34,933	30,000		4,933	
学校負担額	273,067	170,000			
<p>「歳入の部」の合計と「歳出の部」の合計は同額になります。</p>					
<p>歳出の部の「結核定期健康診断費」(308,000円)から歳入の部の「補助交付額」(34,933円)を引いた金額 (法人等が負担する予定金額)</p>					
科 目	本 年 予 算 額	前 年 度 予 算	比 較		備 考
			増	減	
結核定期健康診断費	308,000	200,000		108,000	
<p>様式A内訳書のAの金額</p>					
<p>前年度申請時の事業支出予定(予算)額</p>					

大阪市長 様

令和 8 年 2 月 21 日

上記の私立学校・施設等事業収支予算書抄本は原本と相違ありません。

〒 530-8201

所在地 大阪府中之島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・施設名 大阪市保健所高等学校