

〔様式第 1 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒 ー
所 在 地
名 称
代表者の氏名
(学校・施設の名称)
(所 在 地)

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 _____ 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費用。

3 補助事業の開始及び完了予定日

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 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

〔様式第 2 号〕

大阪市指令大保第 号
令和 年 月 日

様
()

大 阪 市 長

大阪市結核定期健康診断補助金交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました大阪市結核定期健康診断補助金については、次のとおり交付することを決定しましたので、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 5 条第 2 項の規定により通知します。

記

1 補助金交付額 金 _____ 円

2 補助金交付の条件

- (1) 補助金交付対象事業（以下「補助事業」という。）の内容、経費の配分又は執行計画の変更（市長が認める軽微な変更を除く。）をする場合には、市長の承認を受けること。
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止する場合には、市長の承認を受けること。
- (3) 補助事業が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業の遂行が困難となった場合には、速やかに市長に報告してその指示を受けること。
- (4) 市長が、補助金に係る予算の執行の適正を期するため、報告を求め、又は本市職員に事業所、事務所等に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させ、若しくは関係者に質問させる必要があると認めたときは、これに協力すること。
- (5) その他、大阪市補助金等交付規則及び大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱の規定を遵守すること。

3 その他

- (1) 本通知の決定内容（交付の条件を含む。）に不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して 10 日以内に申請の取下げをすることができる。
- (2) 交付決定額は予定額であり、実績報告後、大阪市結核定期健康診断補助金額確定通知書により金額が確定するものとする。

〔様式第 3 号〕

大阪市指令大保第 号
令和 年 月 日

様
()

大 阪 市 長

大阪市結核定期健康診断補助金不交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました大阪市結核定期健康診断補助金については、次の理由により交付しないことに決定しましたので、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 5 条第 3 項の規定により通知します。

記

1 交付しない理由

〔様式第 4 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒 ー
所 在 地
名 称
代表者の氏名
(学校・施設の名称)
(所 在 地)

大阪市結核定期健康診断補助金交付申請取下書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて通知のありました大阪
市結核定期健康診断補助金の交付決定については、大阪市結核定期健康診断補助金交付
要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請を取り下げます。

記

- 1 補助金交付決定通知書を受け取った日 令和 年 月 日
- 2 取下げの理由

〔様式第 5 号〕

大阪市結核定期健康診断補助金交付請求書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

住所
氏名

次のとおり請求します。

金額	¥ 円也
内容	

※金額の前には必ず¥を付けてください。

☐債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号										指定口座	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--

☐次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称		支店名称	
預金種別		口座番号	
フリガナ 口座名義			

本市記入欄

印影等照合先（契約番号等）		執行主管コード		支出命令番号	
業務区分	☐ 歳出	☐ 歳入	☐ 歳計外	☐ 基金	

〔様式第 6 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒
所 在 地
名 称
代表者の氏名
(学校・施設の名称)
(所 在 地)

大阪市結核定期健康診断補助金変更承認申請書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて補助金の交付決定を受けた補助について、次のとおり変更する必要がありますので、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 8 条第 1 項の規定により、大阪市長の承認を申請します。

記

1 変更する内容

○交付決定金額に係る変更

当初交付決定額 _____ 円
変更承認申請額 _____ 円

○その他

2 添付書類

結核定期健康診断補助事業計画内訳書（様式 C）
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

〔様式第 7 号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒 ー
所 在 地
名 称
代表者の氏名
(学校・施設の名称)
(所 在 地)

大阪市結核定期健康診断補助金中止・廃止承認申請書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて補助金の交付決定を受けた補助について、次のとおり中止・廃止する必要がありますので、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 8 条第 1 項の規定により、大阪市長の承認を申請します。

記

1 中止・廃止の理由（中止の場合は、その期間）

〔様式第 8 号〕

大阪市指令大保第 号
令和 年 月 日

様
()

大 阪 市 長

大阪市結核定期健康診断補助金変更交付決定通知書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて交付決定しました大阪市結核定期健康診断補助金については、次のとおり変更決定したので大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 8 条第 4 項の規定により、通知します。

記

1 補助金交付額 _____ 円

(様式第 9 号)

大阪市指令大保第 号
令和 年 月 日

様

大 阪 市 長

大阪市結核定期健康診断補助金事情変更による交付決定取消・変更通知書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて交付決定した大阪市結核定期健康診断補助金について、大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第 9 条第 2 項の規定により、次のとおり取消・変更したので通知します。

記

1 取消し・変更の内容

2 取消し・変更の理由

〔様式第10号〕

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

〒 ー
所 在 地
名 称
代表者の氏名
(学校・施設の名称)
(所 在 地)

大阪市結核定期健康診断補助金実績報告書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 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

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 _____ 円
補助金の予定金額 金 _____ 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

〔様式第11号〕

大 大 保 第 号
令和 年 月 日

様
()

大 阪 市 長

大阪市結核定期健康診断補助金額確定通知書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて交付決定しました大阪
市結核定期健康診断補助金については、次のとおり補助金額を確定しましたので、大阪
市結核定期健康診断補助金交付要綱第13条の規定により、通知します。

記

(1) 確定金額 金 _____ 円

〔様式第12号〕

大阪市指令大保第 号
令和 年 月 日

様
()

大 阪 市 長

大阪市結核定期健康診断補助金交付決定取消通知書

令和 年 月 日付け大阪市指令大保第 号にて交付決定しました大阪市結核定期健康診断補助金については、次のとおり取消しすることを決定しましたので大阪市結核定期健康診断補助金交付要綱第14条の規定により、通知します。

記

1 取消しの内容

2 取消しの理由

[様式A]

令和 年 月 日

大阪市長 様

〒 -

所在地

名称

代表者の氏名

担当者名(窓口)

電話番号

FAX

E-mail

結核定期健康診断補助事業計画内訳書

学校・施設名

学校

在籍人員(新1年生)

人

在籍人員(全学年)

人

施設

在籍人員

人

補助事業の開始予定及び完了予定日

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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		人	円	円	人	81 円	円
	ミラー	70mm					97	
	カメラ	100mm					125	
直 接 撮 影							131	
精密検査(事後措置)							131	
合 計					円			円

㊤ 事業支出予定額

金

円

㊥ 補助基本額(予定額)

金

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

円

㊨ 補助申請予定額 (㊧ × 2 / 3、 1円未満切捨)

金

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。

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)

収 入 の 部

科 目	本 年 度 予 算 額	前 年 度 予 算 額	比 較	備 考
			増 減	

支 出 の 部

科 目	本 年 度 予 算 額	前 年 度 予 算 額	比 較	備 考
			増 減	

大阪市長 様
令和 年 月 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。

〒 ー
所在地
名称
代表者の氏名
学校・施設名

[様式C]

令和 年 月 日

大阪市長 様

〒 -

所在地

名称

代表者の氏名

担当者名(窓口)

電話番号

FAX

E-mail

結核定期健康診断補助事業計画内訳書

学校・施設名

学校

在籍人員(新1年生)

人

在籍人員(全学年)

人

施設

在籍人員

人

補助事業の開始予定及び完了予定日

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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		人	円	円	人	81 円	円
	ミラー	70mm					97	
	カメラ	100mm					125	
直 接 撮 影							131	
精密検査(事後措置)							131	
合 計					円			円

㊤ 事業支出予定額

金

円

㊥ 補助基本額(予定額)

金

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

円

㊨ 補助申請予定額 (㊧ × 2 / 3、 1円未満切捨)

金

円

交付決定金額に係る変更を申請する場合は、その理由を記入すること。

理由:

[様式D]

結核定期健康診断実績報告書

大阪市長 様

令和 年 月 日

所在地		〒 ー				実施者の種別	☐ 学校長 ☐ 施設の長
名称							
代表者の氏名							
学校・施設長の氏名							
学校・施設名							
対 象 者 の 区 分		学校関係	高等学校	高等専門学校	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					
		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 年 月 日

学校・施設名
〒 -

住 所

学校・施設長

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）

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 性	女 性	10 歳 代	20 歳 代	30 歳 代	その他	中 華 人 民 共 和 国	大 韓 民 国	フ イ 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]

大阪市長 様

令和 年 月 日

〒 -

所在地

名称

代表者の氏名

担当者名(窓口)

電話番号

FAX

E-mail

結核定期健康診断補助事業実績内訳書

学校・施設名

学校

在籍人員(新1年生)

人

在籍人員(全学年)

人

施設

在籍人員

人

補助事業の開始及び完了日

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

区 分			㊤ 事業支出額			㊥ 補助基本額		
			補助対象 実施人員	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		人	円	円	人	81 円	円
	ミラー	70mm					97	
	カメラ	100mm					125	
直 接 撮 影							131	
精密検査(事後措置)							131	
合 計					円			円

㊤ 事業支出額

金

円

㊥ 補助基本額

金

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

円

㊨ 補助申請額 (㊧ × 2/3、1円未満切捨)

金

円