様式第６号（第10条関係）

結核健康診断事業実績報告書

年　　月　　日

**支出明細書（様式第８号）の支払月日後の日付としてください。↑**

　　（宛先）静岡市長

**変更交付決定を受けているときは、**　　　　　　　所在地　静岡市○○区○○町○丁目○番○号

**変更後の内容で記入してください。**

**この実績報告書の以下の記入例は、**　　　　報告者　名　称　学校法人　○○

**変更申請があったものとし**

**作成しています。**　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　理事長　△△　△△

**↓変更している場合は、結核健康診断事業変更（中止・廃止）承認通知書の日付、文書番号を記入してください。**

　　　　年　月　日付け　　　第　　　号により補助金の交付の決定を受けた事業が完了したので、静岡市結核健康診断費補助金交付要綱第10条の規定により、次のとおり関係書類を添えて報告します。

　１　交付決定額　　　**１８２，１６０**円　**←交付決定額は第２号様式の市費補助額及び**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**決算書の市補助額と一致します。**

　２　事業終了年月日　**令和４年７月１日**　**←支払完了日を記入してください。**

　３　添付書類

　（１）実施成績書（様式第７号）

　（２）内訳書（様式第２号）

　（３）支出明細書（様式第８号）

　（４）歳入歳出決算（見込）書の抄本

　（５）領収書の写しその他の支出を証明する書類

　　　　**↑領収書の写し又は振込通知書となります。請求書のみは×。**

様式第７号（第９条関係）

実　施　成　績　書

**↓様式第２号と整合性がとれている必要があります。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　実施者　**※レントゲン撮影の依頼先を記載してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　　　　　　　分 | 入学時の 学生生徒（大学・各種学校） | 入学時の 学生生徒（高校） | 外国籍の者を対象とした専修学校又は専門学校 | 施設 | 合計 |
| 箇所数 | **１** | **１** |  |  | **２** |
| 対象人員（Ａ） | **５００** | **５０** |  |  | **５５０** |
| 実施人員（Ｂ） | **４９５** | **４５** |  |  | **５４０** |
| 実施率　 Ｂ／Ａ×１００ | **９９** | **９０** |  |  | **９８．２** |
| 実施人員内訳 | 間接実施人員 | **４９５** | **４５** |  |  | **５４０** |
| 直接実施人員 | **０** | **０** |  |  | **０** |
| 発見した結核患者数 | **０** | **０** |  |  | **０** |
| 発病のおそれがあると診断された者 | **０** | **０** |  |  | **０** |
| 健康者 | **４９５** | **４５** |  |  | **５４０** |
| 備考 |  |  |  |  |  |

（注）

１　「箇所数」欄の学生生徒については、学校数を記入すること。

　２　「対象人員」は、確実な人数を計上すること。

**※対象人員は申請時の人数となります。よって変更（中止・廃止）承認申請書の提出がある場合には**

**実施率は100％になりません。**

**※備考以外の項目を全て記入してください。**

様式第２号（第５条、第８条、第10条、第13条関係）

内訳書

**（実績報告時）**

**開始～終了日を記入してください。↓**

（実施年月日　　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 入学時の学生生徒（大学・各種学校） | 入学時の学生生徒（高校） | 外国籍の者を対象とした専修学校又は専門学校 | 施　設 | 人　員合　計 | 　　予定支出　　額　　  | 寄付金その他の収入額 | 基準額単　価 | 基礎算定額 |
| 対象人員 | 人**５００** | 　 人**５０** | 人 | 人 | 　　人**５５０** |  |  |  |  |
| 結核健康診断 | 間接撮影 | レンズカメラ |  |  |  |  |  |  |  | 454 |  |
| 70ミリ ミラーカメラ |  |  |  |  |  |  |  | 478 |  |
| 100ミリミラーカメラ | **４９５** | **４５** |  |  | **５４０** | （※①）**348,750** |  | 506 | （※②）**273,240** |
| 直接撮影 |  |  |  |  |  |  |  | 1,767 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 　　　予定支出　　　　額　　　  | 寄付金その他の収入額 | 基礎算定額 | 市費補助基本額 | 補助率 | 市費補助額 |
| 合計額 | **円****３４８，７５０****①** | 円 | 円**２７３，２４０****②** | 円**２７３，２４０****③** | ２／３ | 円**１８２，１６０****④** |

**実際に支払う額となります。　　　　　　　　　　　　　　　※③は①と②のどちらか低い方の額となります。**

**④は1円未満切捨てです。**

様式第８号（第９条関係）

支出明細書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（実施人員　**５４０**　人　１人当たりの経費　**６４６**　円）

結核健康診断に要した費用　　　　　**支出総額を実施総人員で割った金額（円未満四捨五入）↑**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払月日 | 種　　　　別 | 数　量 | 単　価 | 金　　　　額 | 支払先 |
| 　　　月　　日　　**６　２０** | **Ⅹ線間接撮影** | **４９５** | 円**６２６** | 円**３０９，８７０** | **結核○○会** |
| 　　**７　　１** | **Ⅹ線間接撮影** | **４５** | **８６４** | **３８，８８０** | **○○健診センター** |
| **↑上記支払の最終日より後の日付で実績報告書を提出してください。** | **↑税込** |  |  |
|  |  |  | 　　　 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **様式第２号と整合性が取れている必要があります。** |  |
| 計 |  | **５４０** |  | **３４８，７５０** |  |

（注）この支出明細書の根拠となる資料（領収書等）を裏面に貼付してください。

　　　　　**↑添付して頂ければ必ずしも貼付する必要はありません。**

令和　　年度結核健康診断決算書

**（実績報告時）**

　（収　入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 説明 |
| 市補助金 | **１８２，１６０** |  |
| 自己資金 | **１６６，５９０** |  |
|  |  |  |
| 収入合計 | **３４８，７５０** |  |

　（支　出）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 説明 |
| 健康診断費 | **３４８，７５０** | 例：**レントゲン撮影** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 支出合計 | **３４８，７５０** |  |

**※収入合計と支出合計は同額です。また、様式第２号の支出済額とも同額になります。**

**（注）法人として複数の学校を所有する場合にこの内訳書が必要になります。**

**学校数が１校の場合は不要です。**

結核健康診断内訳書

**（実績報告時）**

学校名（施設名）　**○○大学**　　　　　所在地　**静岡市○○区○○町○丁目○番○号**

**開始～終了日を記入してください。（内訳書の実施年月日と同様です。）↓**

　　　　　　　　（実施年月日　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 受診人員 | 基準額単価 | 基礎算定額 |
| 対象人員 | 　　　　　　人**４９５** |  |  |
| 結核健康診断 | 間接撮影 | レンズカメラ |  | 円４５４ | 円 |
| ７０ミリミラーカメラ |  | ４７８ |  |
| １００ミリミラーカメラ | **４９５** | ５０６ | **２５０，４７０** |
| 直接撮影 |  | １，７６７ |  |
| 合　　　　計 | **４９５** |  | **２５０，４７０** |

（注）　この内訳表の受診人員及び基礎算定額の合計値は、様式第２号の各値と一致すること。

**（注）法人として複数の学校を所有する場合にこの内訳書が必要になります。**

**学校数が１校の場合は不要です。**

結核健康診断内訳書

学校名（施設名）　**△△高校**　　　所在地　**静岡市△△区△△町△丁目△番△号**

**開始～終了日を記入してください。（内訳書の実施年月日と同様です。）↓**

　　　　　　　　（実施年月日　　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 受診人員 | 基準額単価 | 基礎算定額 |
| 対象人員 | 　　　　　　人**４５** |  |  |
| 結核健康診断 | 間接撮影 | レンズカメラ |  | 円４５４ | 円 |
| ７０ミリミラーカメラ |  | ４７８ |  |
| １００ミリミラーカメラ | **４５** | ５０６ | **２２，７７０** |
| 直接撮影 |  | １，７６７ |  |
| 合　　　　計 | **４５** |  | **２２，７７０** |

（注）　この内訳表の受診人員及び基礎算定額の合計値は、様式第２号の各値と一致すること。