

様式第1号（第3関係）

長野市結核健康診断事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

住 所

氏 名

連絡先（電話）

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

年度において、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基づく長野市結核健康診断事業を下記のとおり実施したいので、補助金 円を交付してください。

記

1 事業計画

別紙のとおり（様式第2号）

2 関係書類

予算書の抄本

様式第2号（第3、第6関係）

長野市結核健康診断事業（計画・実施）明細書

（ 年度）

| 区 分                      | 箇<br>所<br>数 | 対<br>象<br>人<br>員 | 受<br>診<br>人<br>員 | 受<br>診<br>率 | 健 康 診 断                          |                              |                         | 合 計   |
|--------------------------|-------------|------------------|------------------|-------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------|
|                          |             |                  |                  |             | 胸部エックス線検査                        |                              | 喀痰検査                    |       |
|                          |             |                  |                  |             | 医療機関で<br>間接撮影実施<br>(100mm ミリカメラ) | 医療機関で<br>直接撮影実施<br>(ポーターを含む) | (必要に応じ)<br>医療機関で<br>実 施 |       |
| 大学・短大<br>各種学校等<br>(入学年度) |             | 人                | 人                | %           | 人                                | 人                            | 人                       | 合 計   |
| 高 校 生<br>(入学年度)          |             |                  |                  |             |                                  |                              |                         |       |
| 施 設<br>(65 歳以上)          |             |                  |                  |             |                                  |                              |                         |       |
| 合 計                      |             |                  |                  |             |                                  |                              |                         |       |
| 補助対象支出（予定）額              |             |                  |                  |             | 円                                | 円                            | 円                       | (ア) 円 |
| 交付基準による算定額               |             | 単 価              |                  |             |                                  |                              |                         |       |
|                          |             | 金 額              |                  |             |                                  |                              |                         | (イ) 円 |

|                            |                         |                |   |                     |
|----------------------------|-------------------------|----------------|---|---------------------|
| 補助対象支出<br>( 予 定 ) 額<br>(ア) | 交付基準による<br>算 定 額<br>(イ) | 収入(予定)額<br>(ウ) | 補助基本額 ( (ア)-(ウ) )<br>と(イ)を比較して少ない額<br>(エ) | 補助金額<br>( (エ)×2/3 ) |
| 円                          | 円                       | 円              | 円   | 円                   |

業務完了（予定）年月日 年 月 日

様式第3号（第4関係）

長野市結核健康診断事業変更承認申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

住 所

氏 名

連絡先（電話）

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

年 月 日付け長野市指令 第 号 で補助金の交付決定のあ  
つた 年度長野市結核健康診断事業を下記のとおり変更したいので、承認してくだ  
さい。

記

1 変更の理由

2 変更の内容

別紙のとおり（様式第2号に準じて作成すること。）

3 その他

（添付書類）

予算書の抄本

様式第4号（第4関係）

長野市結核健康診断事業中止（廃止）承認申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

住 所

氏 名

連絡先（電話）

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

年 月 日付け長野市指令 第 号 で補助金の交付決定のあつた年度の長野市結核健康診断事業を下記のとおり中止（廃止）したいので、承認してください。

記

- 1 補助事業の中止（廃止）の理由
- 2 補助事業の遂行状況
- 3 補助事業を中止する機関及び補助事業の完了日
- 4 その他

注 該当する事項のみ記入のこと。

様式第5号（第5関係）

長野市結核健康診断事業実施状況報告書

番 号  
年 月 日

(宛先) 長野市長

住 所  
氏 名  
連絡先（電話）  
〔法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名〕

年度の長野市結核健康診断事業の11月30日現在の実施状況は、下記のとおりです。

記

| 区 分           |                 | 健 康 診 断                           |                               |                         | 合 計 |
|---------------|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----|
|               |                 | 胸部エックス線検査                         |                               | 喀痰検査                    |     |
|               |                 | 医療機関で<br>間接撮影実施<br>(100mm ミラーカメラ) | 医療機関で<br>直接撮影実施<br>(ボーマンガル含む) | (必要に応じ)<br>医療機関で<br>実 施 |     |
| 当初実施予定人員及び世帯  |                 | 人                                 | 人                             | 人                       |     |
| 事業完了<br>予定見込み | 11月30日現在済人員及び世帯 |                                   |                               |                         |     |
|               | 今後の実施予定人員及び世帯   |                                   |                               |                         |     |
|               | 合 計             |                                   |                               |                         |     |
|               | 補助対象支出（予定）額     | 円                                 | 円                             | 円                       | (ア) |
|               | 交付基準による算定額      | 単 価                               |                               |                         |     |
|               | 金 額             |                                   |                               |                         | (イ) |

| 補助対象支出<br>(予定)額<br>(ア) | 交付基準による<br>算定額<br>(イ) | 収入(予定)額<br>(ウ) | 補助基本額( (ア)-(ウ) )<br>と(イ)を比較して少ない額<br>(エ) | 補助金額<br>( (エ)×2/3 ) |
|------------------------|-----------------------|----------------|--|---------------------|
| 円                      | 円                     | 円              | 円  | 円                   |

業務完了（予定）年月日 年 月 日

様式第6号（第6関係）

長野市結核健康診断事業実績報告書

年 月 日

（宛先）長野市長

住 所

氏 名

連絡先（電話）

〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

年 月 日付け長野市指令 第 号 で補助金の交付決定のあ  
つた 年度長野市結核健康診断事業を下記のとおり実施しました。

記

1 事業の実績

別紙のとおり

2 支出額内訳

別紙のとおり

（添付書類）

決算書又はその見込書の抄本

様式第7号（第7関係）

長野市結核健康診断事業補助金交付（概算払）請求書

年 月 日

（宛先）長野市長

住 所  
氏 名  
連絡先（電話）  
〔 法人にあつては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

年 月 日付け長野市指令 第 号 で確定のあつた  
年度補助金を下記のとおり交付してください。

記

- 1 確 定 額 円
- 2 概算払を受けた額 円
- 3 請 求 額 円
- 4 送 金 先

|           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 金 融 機 関 名 | 銀 行<br>信用金庫<br>農 協<br>店<br>所  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 の 種 類 | 当 座<br>普通預金   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (フリガナ)    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 の 名 義 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 番 号   | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 年度予算書抄本

### (1) 歳入

| 区 分          | 本年度 | 前年度 | 比 較 増 減 |   | 備 考 |
|--------------|-----|-----|---------|---|-----|
|              |     |     | 増       | 減 |     |
| 健診事業<br>費補助金 |     |     |         |   |     |
| 計            |     |     |         |   |     |

### (1) 歳出

| 区 分 | 本年度 | 前年度 | 比 較 増 減 |   | 備 考 |
|-----|-----|-----|---------|---|-----|
|     |     |     | 増       | 減 |     |
|     |     |     |         |   |     |
| 計   |     |     |         |   |     |

上記は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

申請者

## 年度決算書抄本

### (1) 歳入

| 区 分          | 本年度 | 前年度 | 比 較 増 減 |   | 備 考 |
|--------------|-----|-----|---------|---|-----|
|              |     |     | 増       | 減 |     |
| 健診事業<br>費補助金 |     |     |         |   |     |
| 計            |     |     |         |   |     |

### (1) 歳出

| 区 分 | 本年度 | 前年度 | 比 較 増 減 |   | 備 考 |
|-----|-----|-----|---------|---|-----|
|     |     |     | 増       | 減 |     |
|     |     |     |         |   |     |
| 計   |     |     |         |   |     |

上記は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

申請者