

様式第1号（第4条関係）

補助金等交付申請書(記入例)

(申請日) 令和7年 5月 1日

熊本市長 様

今後の提出書類（実績報告書、請求書等）にもこの交付申請時と同じ住所、名称、代表者名の記入ください。

変更となる場合には変更届の提出が必要となります。

熊本市結核予防費補助金の申請について

押印不要

このことについて、次のとおり熊本市補助金を交付されますよう関係書類を添えて申請いたします。

- 1 申請額（補助所要額） 金 10,000 円
- 2 事業計画 (別紙1、別紙2のとおり)
- 3 予算書（見込み書）抄本

問い合わせ先

施設名: 養護老人ホーム ○○苑

住所: 〒862-0971
熊本市中央区大江 5-1-1

担当者: ●● ●●

電話: 096-364-3189

別紙 1（第4条関係）

年度結核予防費市補助金計画書(記入例)

施設名または学校名[養護老人ホーム ○○苑]

総事業費	基準額 (A)	対象経費の実支出額より寄付金その他の収入額を控除した額 (B)	補助基本額 (A)、(B)のいずれか少ない額 (C)	補助所要額 (C) × 2/3 (D)	備考
45,000	15,180	45,000	15,180	10,000	

- (注) (1) 総事業費は結核健康診断の予算額とする。
(2) 基準額 (A) は別表の1基準額とする。
(3) 補助所要額 (D) は、1,000 円未満切捨てとする。

(例) $506 \text{ 円} \times (\text{例}) 30 \text{ 名} = 15,180 \text{ 円}$

(例) $1,500 \text{ 円} \times (\text{例}) 30 \text{ 名} = 45,000 \text{ 円}$

寄付金その他の収入がなければ総事業費と同額となります

この金額が様式第1号の1 申請額（補助所要額）

結核健康診断費内訳(記入例)

施設名または学校名[養護老人ホーム ○○苑]

項目	※予定人員 (人)	支出予定額 (円)	基 準 額 (円)	
			単 価	単価×実施人員
× 線検査	30	45,000	506 円	15,180

※施設にあっては、対象予定人員は今年度 65 才以上になる者を対象とし、学校にあっては、対象予定人員は入学初年度の者を対象とする。

例
1,500 円×30 名 =
45,000 円

例
506 円×30 名
= 15,180 円

年度 結核予防費予算書 (抄本) (記入例)

<歳入>

項目	予算額	備考
熊本市結核予防費補助金	10,000	
負担金	35,000	
計	45,000	

<歳出>

項目	予算額	備考
健康診断料 (委託等)	45,000	
計	45,000	

この抄本は原本と相違ないことを証明する
令和 7 年 5 月 1 日

押印不要
申請書と同じ
住所、名称、代表者名を
記入ください

熊本市中央区大江 5-1-1
社会福祉法人 ○○会
養護老人ホーム ○○苑
理事長 ○○ ○○