

様式第 1 号

東大阪市結核対策費補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東大阪市長

(申請者) 所在地

団体名

代表者職氏名

学校又は施設の所在地及び名称

令和 7 年度東大阪市結核対策費補助金の交付について、次のとおり別紙関係書類を添えて申請します。

1. 申請額 金 _____ 円

2. 事業の目的

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第 53 条の 2 第 1 項の規定による結核に係る定期健康診断

3. 添付書類

- (1) 補助金以外の経費負担の概要 (様式第 2 号)
- (2) 結核対策費経費所要額調 (様式第 3 号)
- (3) 健康診断事業計画書 (様式第 4 号)
- (4) 結核対策費支出計画書 (様式第 5 号)
- (5) 令和 7 年度 歳入歳出予算書抄本 (様式第 6 号)
- (6) 役員等名簿 (様式第 7 号)

4. 事業完了の予定期日 令和 年 月 日

補助金以外の経費負担の概要

補助事業の経費のうち 補助金によって賄われ る部分以外の部分に関 する事項	負担者	
	負担額	円
	負担方法	

様式第3号

結 核 対 策 費 経 費 所 要 額 調

区 分		総 事 業 費	収 入 予 定 額	差 引 額	対 象 経 費 の 支 出 予 定 額	交 付 基 準 に よ る 算 定 額	補 助 基 本 額	補助申請額 (補助基本額×2/3)	備 考
健 康 診 断	間 接 撮 影 費								
	直 接 撮 影 費								
合 計									

(注)
1 「補助基本額」には、「差引額」、「対象経費の支出予定額」及び「交付基準による算定額」の合計を比較して最も少ない額を記入すること。

様式第4号

健康診断事業計画書

	学校・施設の数	対象人員（A）	受診人員（B）	受診率 （B／A）	間接撮影	直接撮影	合計	備考
大学・短大 専門学校等 学生生徒 （入学年度）	ヶ所	人	人	%	人	人		
高校生 （入学年度）								
施設入所者 （65歳以上）								
計（人員）								
補助基本単価					円 506	円 1,767		
基準算定額					円	円	円	
支出予定額					円	円	円	

結 核 対 策 費 支 出 計 画 書

区 分	小 区 分	支出予定額	支出予定月	備 考
報 酬			年 月	
職 員 手 当 等			年 月	
賃 金			年 月	
報 償 費			年 月	
旅 費			年 月	
需 用 費			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
役 務 費			年 月	
			年 月	
			年 月	
委 託 料			年 月	
使用料及び賃借料			年 月	
工 事 請 負 費			年 月	
備 品 購 入 費			年 月	
公 課 費			年 月	
合 計				

様式第 6 号

令和 7 年度 歳入歳出予算書抄本（関係分のみ）

歳入 (単位 円)

科 目				予 算 額	備 考
計					

歳出 (単位 円)

科 目				予 算 額	備 考
計					

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

団 体 名
代表者職氏名

役 員 等 名 簿	
令和 年 月 日	
(宛先) 東大阪市長	
(申請者) 所 在 地	_____
団 体 名	_____
(ふりがな) 代表者職氏名	

次の役員等名簿に記載された者が東大阪市結核対策費補助金交付要綱第5条に規定する排除対象者に該当しないことを確認するため、この名簿に記載した個人情報を所轄の警察署長に照会することについて同意します。

[illegible]

備考

- 1 申請日時点の役員等について記載してください。
- 2 この名簿には、登記事項証明書に現在、役員（代表者、監査役を含む。）として登載されている者を記載してください。
- 3 書き切れない場合は、複数枚使用してください。
- 4 この名簿に記載されたすべての個人情報、東大阪市個人情報保護条例（平成11年3月31日東大阪市条例第2号）の規定に基づいて取り扱うものとし、東大阪市暴力団排除条例第2条に規定する排除対象者に該当しないことの確認以外の目的には使用しません。東大阪市がこれらの情報をもとに警察等関係機関から取得した個人情報についても同様です。

※ 本市の「事務及び事業から暴力団を排除するための指針」に基づき、暴力団等であるかどうかについて、本様式を用いて警察署長へ照会を行います。