

## 【 注意事項 】

### ① 対象者について

令和 8 年度 65 歳以上 (昭和 36 年 4 月 1 日生まれ以前) の施設入所者です。

### ② 押印について

代表者印の押印省略が可能です。押印を省略した場合は、責任者と担当者の氏名・連絡先をご記入ください。(必要に応じ、電話で確認を行う場合があります。)

押印をした場合は、ご担当者様の氏名と連絡先のみご記入ください。

※責任者とは、施設長や事務長等といった法人内で権限の委任を受けた役職者です。

### ③ 消費税額の取扱いについて

様式第 6 号「消費税等課税区分届出書」による課税事業者で、消費税仕入控除が適用される場合、補助対象経費から消費税相当額を除いて申請してください。

### ④ 申請期限について

**令和 9 年 2 月 28 日**

ただし、事業が完了した日 (レントゲン撮影を実施した医療機関等に、結核健康診断に係る費用を支払うこと。) から 60 日以内に提出するように努めてください。

※社会福祉施設を複数運営する法人は、施設ごとの申請になります。

ご不明な点は、申請書提出前にお問い合わせください。  
提出期限を過ぎた申請は、受付できません。

### 【お問い合わせ先】

前橋市保健所 保健予防課 感染症対策係 TEL027-212-8342

# 記入例

提出日を記入してください。

様式第1号

令和 8年 7月 28日

(あて先) 前橋市長

所在地 前橋市朝日町三丁目36番17号  
名称 社会福祉法人〇〇会  
申請者 施設名 特別養護老人ホーム〇〇  
代表者名 理事長 前橋 太郎

代表者  
之印

交付申請書兼実績報告書兼誓約書

※省略可

令和8年度前橋市社会福祉施設結核健康診断補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。また、私は、暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

## 記

### 1 補助事業の内容

令和8年度65歳以上の施設入所者に実施する、結核健康診断事業

### 2 補助金交付申請額

30,300 円

### 3 結核健康診断の実施日

令和 8年 5月 14日から

令和 8年 5月 31日まで

### 4 添付書類

(1) 補助事業内容説明書

(2) 収支決算書

(3) 領収書等支払いが確認できる書類の写し

(領収書等に、当該年度64歳以下の施設入所者及び職員の受診者数が合計して記入されている場合や、レントゲン撮影以外の経費が含まれている場合は、補助対象者数やレントゲン撮影の金額が分かるように、欄外や備考欄等に内訳を記入してください。)

(4) その他参考となる資料

### 5 補助金申請に係る連絡先

※代表者印を省略した場合は必ず記入

・責任者 ○ ○ ○ ○

(電話番号) — —

・担当者 △ △ △ △

※必要に応じ、市から上記連絡先に

「責任者」とは、施設長や事務長等、法人内で権限の委任を受けた役職者になります。押印を省略した場合は記入をしてください。代表者印を押印した場合は、ご担当者のお名前・連絡先の記載のみで結構です。

**記入例**

補助事業内容説明書

前橋市内に所在地を置く施設が対象です。

施設名 特別養護老人ホーム〇〇

所在地 前橋市朝日町三丁目36番17号

1 結核健康診断の実施日

令和 **8**年 **5**月 **14**日

令和 **8**年 **5**月 **31**日

様式第 3 号「収支決算(見込)書」2 支出の決算額を記入してください。

2 実績及び実施成績

区分	種別	補助対象人数*(実受診人数)(人) (A)	補助基準額 (円)		対象総実 支出額 (円)
			基準単価(B)	(A)×(B)	
健康診断	間接撮影・ 直接撮影・ デジタル撮影	<b>60</b>	506	<b>30,360</b>	<b>90,000</b>
対象人数 (人) (C)		<b>60</b>			
実受診人数 (人) (D)		<b>60</b>			
受診率 (%) [(D)/(C)]		<b>100</b>			
患者 発見 状況	結核患者	<b>0</b>			
	結核発病の恐れのある者	<b>1</b>			

※ 補助対象人数=今年度 65 歳以上の入所者

# 記入例

様式第3号

## 収支決算（見込）書

### 1 収入

科目	決算額	備考
前橋市社会福祉施設 結核健康診断補助金	<b>30,300円</b>	
自己負担額	<b>59,700円</b>	
その他の収入	<b>0円</b>	
合計	<b>90,000円</b>	寄付金その他の収入がない場合には、「0円」と記入してください。

### 2 支出

科目	決算額	備考
保健衛生費 健康診断委託料	<b>90,000円</b>	@ 1,500円×60人
合計	<b>90,000円</b>	決算額の内訳を記入してください。 補助対象経費：結核健康診断に係る経費のうち、レントゲン撮影に係る費用のみ 消費税：様式第6号による課税事業者で、消費税仕入控除が適用される場合は、消費税相当額を除く

上記の

様式第1号「交付申請書」  
右上の年月日と同じ日付  
を記入してください。

令和 **8**年 **7**月 **28**日

補助事業者名

**社会福祉法人〇〇会**  
**特別養護老人ホーム〇〇**  
**理事長 前橋太郎**

※省略可

代表者  
之印

### ※代表者印を省略した場合は必ず記入

・責任者	○ ○ ○ ○	(電話番号)	—	—
・担当者	△ △ △ △	(電話番号)	—	—

※必要に応じ、市から上記連絡先に確認させていただきます。

**記入例**

様式第1号「交付申請書」  
右上の年月日と同じ日付  
を記入してください。

令和 **8**年 **7**月 **28**日

(あて先) 前橋市長

所在地 **前橋市朝日町三丁目36番17号**  
申請者 法人名 **社会福祉法人〇〇会**  
代表者 **理事長 前橋 太郎**

消費税等課税区分届出書

令和8年度前橋市社会福祉施設結核健康診断補助金の交付申請にあたり、補助事業の課税期間に係る消費税及び地方消費税の課税区分（見込み）について、下記のとおり届け出ます。

記

原則として、個人事業者は暦年、  
法人は事業年度です。

1 課税期間 令和 **8**年 **4**月 **1**日～ 令和 **9**年 **3**月 **31**日

2 課税区分

当てはまる欄に「〇」を記入してください。

該当（予定）の区分に〇印を付してください。

課 税 区 分		該 当
(1) 免税事業者		} 減消費額税不要
(2) 簡易課税事業者		
(3) 課税事業者	ア 特定収入割合が5%超の公益法人等	}
	イ 一括比例配分方式	
	ウ 個別対応方式	
	エ 課税売上割合が95%以上かつ課税売上高が5億円以下	
(4) その他（2割特例）		

※本届により得た情報は、当該事業に係る消費税の課税区分の確認以外に使用しません。