

各学校長 様
各施設長 様

新潟市保健所保健管理課長
(担当 感染症対策室)

令和 8 年度 結核予防費補助金の交付申請について (通知)

日ごろ、新潟市の公衆衛生行政にご協力いただき厚くお礼申し上げます。
本市では、結核予防のため、学校又は施設の長が行う定期の健康診断に要する費用
に対し、標記補助金を交付しています。
補助金の交付を希望される場合は、下記のとおり申請書を提出してくださるようお
願いします。

記

1. 提出書類

※「記載上の留意事項」を参考に作成してください。

- ①令和 8 年度結核予防費補助金交付申請書 (別記様式第 1 号)
- ②令和 8 年度結核予防費補助金所要額調 (別記様式第 1 号 別紙 1)
- ③結核健康診断受診人数内訳 (別記様式第 1 号 別紙 2)
- ④令和 8 年度歳入歳出予算抄本 (別記様式第 1 号 別紙 3)

※各様式は、新潟市ホームページにも掲載しています。以下の URL または
二次元コードにアクセスし、ダウンロードをお願いします。

https://www.city.niigata.lg.jp/iryo/kenko/yobou_kansen/kansen/kekaku/kekaku-hojokin.html

二次元コード



2. 提出部数 各 1 部

3. 提出期限 **令和 8 年 8 月 14 日 (金)** ※ 期限厳守をお願いします。

4. 提出先 〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3 丁目 3 番 11 号
新潟市保健所 保健管理課 感染症対策室 結核担当 宛

5. その他

- ・提出いただいた交付申請は、審査した後、問題がなければ、後日「交付決定通知書」を交付します。
- ・交付決定後、健診事業を実施した結果を「実績報告書」として提出いただいた後、補助金をお支払いします。
- ・補助金の交付決定を受け、健診事業を実施したことを貴機関のホームページや会報等に公表することをお願いしています。なお、公表内容の写しが実績報告書の添付書類として必要となります。
- ・今年度の当該申請をすでに行っていた機関については、本通知を以って、改めて書類を提出いただく必要はありません。

《問合せ先》

新潟市保健所保健管理課感染症対策室 山崎・佐藤
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3 丁目 3 番 11 号
TEL 025-212-8123 FAX 025-246-5672