

記入上の注意(交付申請書)

- ◆ 提出書類は、市 HP 掲載の様式をご使用ください。
- ◆ 市 HP の掲載場所は、「新潟市 HP トップ画面→健康・医療・福祉→保健・健康→予防接種・感染症→感染症予防→結核について→関係機関の方へ」となります。

1 結核予防費補助金の交付対象

学校又は施設の長が行う定期的健康診断に要する費用

区分	検診対象者
学校 (修業年限 1 年以上の大学・高等学校・専修学校・各種学校等)	生徒又は学生 (入学時の年度のみ)
施設 (特別養護老人ホーム・ケアハウス・障害者施設等)	入所者 (65 歳に達する日の属する年度以降)

- ◆ 上記対象者は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(感染症法)で年 1 回の実施が義務付けられております。

2 補助対象となる検査

胸部レントゲン単純撮影を 1 人 1 回

「胸部立位単純撮影」が基本となります。

寝たきりや肢体不自由等の理由で立位が保てない場合は、「胸部臥位単純撮影」も対象となります。ただし、医師の意見書(参考様式)の添付が必須です。

3 交付申請について

(1) 結核予防費補助金交付申請書(別記様式第 1 号)

- ・日付は「令和 7 年 4 月 1 日」としてください。
- ・「5 情報の公表内容、方法及び時期」の記載について
例)

公表内容	この健康診断は、新潟市の補助金を受けて実施しています。
方法	ホームページ
時期	令和 ○年 ○月 ○日

(2) 結核予防費補助金所要額調(別記様式第 1 号 別紙 1)

- ・「健康診断」の欄には、「胸部立位単純撮影」及び「胸部臥位単純撮影」のそれぞれの人数、基準額を記入してください。
- ・補助申請額は、1 円未満を切り捨てた額を記入してください。

(3) 結核健康診断受診人員内訳(別記様式第1号 別紙2)

- ・「受診人員」は、結核予防費補助金所要額調(別記様式第1号 別紙1)の「受診人員」と一致させてください。

(4) 歳入歳出予算抄本(別記様式第1号 別紙3)

- ・日付は「令和7年4月1日」としてください。
- ・歳入の「当該補助額」は、結核予防費補助金所要額調(別記様式第1号 別紙1)の「補助申請額(F)×2/3」と一致させてください。
- ・歳出の「当該補助対象額」は、結核予防費補助金所要額調(別記様式第1号 別紙1)の「対象経費の支出予定額(D)」と一致させてください。

結核予防費補助金所要額調						
(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(F) ×2/3
			△			○

歳入歳出予算書抄本					
款	項	目	節	当該補助額	備考
				○	

歳入歳出予算書抄本					
款	項	目	節	当該補助対象額	備考
				△	

健康診断

4 交付決定後の事業中止について

交付決定後に事業を中止した場合、事業中止(廃止)承認申請が必要です。