

令和 8 年度結核予防費補助金交付についての注意事項

1 補助対象

- (1) 川越市内の私立学校
専修学校及び各種学校を含む学校教育法に定める学校。ただし修業年限が 1 年未満のものは除く。
- (2) 川越市内の施設
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 5 3 条の 2 第 1 項に規定する施設

2 補助対象事業について

- (1) 学校での定期健康診断（感染症法第 5 3 条の 2 ・学校保健安全法第 1 3 条）
高校生以上を対象にした胸部 X 線撮影
※ 学生又は生徒が入学した年度に実施した健康診断が対象。（2 年生以上の転入者は除く）
- (2) 施設での定期健康診断（感染症法第 5 3 条の 2）
施設入居者を対象にした胸部 X 線撮影（6 5 歳以上の方が対象）
- (3) 注意事項
 - ア 教職員及び施設職員は補助対象外です。
 - イ 補助対象となるのは市内の学校及び施設が費用を負担した場合に限ります。
生徒、学生及び施設入居者が個人の負担で行った定期健康診断、市町村が住民を対象に実施している健康診断は補助対象になりません。また、市内の学校に在籍する学生が市外で定期健康診断を受診した場合は補助対象となりません。

3 補助金額

- (1) 補助額の算出
補助額は以下のア～イの金額において少ない方の額に 3 分の 2 を乗じた金額です。（1, 0 0 0 円未満の端数切捨て）
 - ア 補助金交付要綱に定める補助単価に受診者数を乗じた額
 - イ 総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額
- (2) 補助額の上限
予算の範囲内とします。申請額の合計が予算額を上回った場合は、予算の範囲内で補助額を按分します。
- (3) 補助額の下限
補助額が 1 0, 0 0 0 円未満の場合は、補助を行いません。

4 補助金交付の手続きの流れ

- (1) 学校・施設→川越市 申請書を提出

川越市保健所保健予防課へ申請書（様式第1号～様式第1号の5）を1部提出してください。

（令和8年12月25日（金）必着）

- (2) 川越市→学校・施設 交付決定通知を送付

申請書に基づき補助金の交付額を通知します。交付決定通知により、補助対象と認められたことになります。

- (3) 学校・施設→川越市 報告書・振込口座依頼書を提出

交付決定通知を収受後、令和9年2月12日（金）までに報告書（様式第3号～様式第3号の5）・振込口座依頼書を1部提出してください。

なお、期限までに提出されない場合には交付決定を取り消すことがあります。

※令和9年2月12日（金）までに事業が完了していない場合は令和9年3月31日（水）までに提出してください。

- (4) 川越市→学校・施設 交付確定通知を市から発送

補助金の交付確定額を通知します。

- (5) 川越市→学校・施設 補助金振込み（3月末頃を予定）

振込口座依頼書に基づき補助金を口座振り込みで支払います。

5 記入の注意事項

- (1) 様式第1号（結核予防費補助金交付申請書）

ア 学校・施設単位で作成してください。同一施設内でも学校長・施設長等の職名が異なる場合には、個別に申請してください。

イ 法人等組織として申請される場合には役職名も明記してください。

- (2) 様式第1号の2（結核予防費補助金所要額調）

ア 「(F) 補助金申請額」千円未満は切り捨ててください

イ 「(F) 補助金申請額」が1万円未満の場合には補助対象となりません。

- (3) 様式第1号の3（結核健康診断事業計画及び所要額内訳）

ア 実施予定期間は学校・施設において当初設定した実施期間を記入してください。精密検査受診を指示された者の検査期間を考慮する必要はありません。

イ 本補助対象は市内の私立学校、施設が実施した定期の結核健康診断に限りません。**市外で定期の健康診断を実施する場合は補助対象外です。**

(4) 様式第1号の4 (結核健康診断人数内訳)

ア この用紙には今回の補助事業に関わる受診者数見込みを記入してください。

補助対象外の教職員・施設職員については記入不要です。

イ 「受診者見込み」は実数で記入してください。

ウ 19歳以上の専修学校・各種学校の学生は「19歳以上の学生・生徒」欄に記入してください。

(5) 様式第1号の5 (歳入・歳出予算書)

ア 定期健康診断・予防接種に係る歳入・歳出予算を記入してください。歳入・歳出予算科目は各学校・施設内での予算書の科目を記入してください。

イ 原本証明は各申請者にて行ってください。

(6) その他の注意事項

ア ご記入に誤りがないか、入念にご確認のうえご記入ください。

※特に「様式第1号の5 (歳入・歳出予算書)」の「歳出予算科目内訳」の金額について千円未満切り上げがされていないことが多いため、別添記入例をご確認ください。

イ 提出様式については必ずホームページより今年度の様式をダウンロードしてご使用ください。

問い合わせ先

担 当 川越市保健所

保健予防課 感染症担当

住 所 〒350-1104

川越市小ケ谷817-1

電 話 049-227-5102

FAX 049-227-5108