

第1号様式（交付要綱第5条関係）

令和 年 月 日

福島県知事

住 所
法 人 名
代表者名

福島県職場のがん検診受診促進事業補助金交付申請書

福島県職場のがん検診受診促進事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 補助金交付申請額

円

2 添付書類

- (1) 事業計画書（第2号様式）
(2) 収支予算書（第3号様式）
(3) その他

3 本件責任者及び担当者

責任者名
担当者名
電話番号

事業計画書

事業者名 _____

1 基本情報

法人名		
代表者名		
郵便番号		
住所		
連絡先	責任者所属氏名	
	担当者所属氏名	
	住所	
	TEL	
	FAX	
	E-mail	
業種		
従業員人数	男性	人
	女性	人
	計	人
保険種別		

2 補助を申請する事業

区分	申請の有無 ※申請する事業に○を記入する
①従業員のがん検診受診費用自己負担分の助成制度整備及び運用	
②従業員のがん検診・がん検診精密検査受診のための休暇及び職免制度の整備及び運用	
③補助事業者が主体となって実施する、従業員対象のがん検診事業	
④従業員向けがん予防セミナーの開催	

3 事業計画

① 従業員のがん検診受診費用自己負担分の助成制度整備及び運用

(1) 助成制度整備

整備予定時期	年 月 予定
整備しようとする制度の内容	

(2) 助成制度運用

助成するがん検診の種類	
利用見込み人数（人/年）	

(3) 助成制度周知のためのチラシ等作成・配布

作成予定部数	
--------	--

② 従業員のがん検診・がん検診精密検査受診のための休暇及び職免制度の整備及び運用

(1) 休暇等制度整備

整備予定時期	年 月 予定
整備しようとする制度の内容	

(2) 休暇等制度周知のためのチラシ等作成・配布

作成予定部数	
--------	--

③ 補助事業者が主体となって実施する、従業員対象のがん検診事業

実施予定時期	年 月 予定
実施予定場所	
対象者	
がん検診の種類	
実施の方法	

④ 従業員向けがん予防セミナーの開催

実施予定時期	年 月 予定
実施予定場所	
対象者	
内容	

4 事業費

(単位：円)

① 従業員のがん検診受診費用自己負担分の助成制度整備及び運用

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算・内容
報償費				
旅費				
需用費				
役務費				
委託料				
補助金				
計（A）				

② 従業員のがん検診・がん検診精密検査受診のための休暇及び職免制度の整備及び運用

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算・内容
報償費				
旅費				
需用費				
役務費				
委託料				
計（B）				

③ 補助事業者が主体となって実施する、従業員対象のがん検診事業

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算・内容
需用費				
役務費				
委託料				
使用料及び賃借料				
計（C）				

④ 従業員向けがん予防セミナーの開催

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算・内容
報償費				
旅費				
需用費				
委託料				
使用料及び賃借料				
計（D）				

補助対象経費計
(A+B+C+D)

円（E）

【補助対象外経費】				内容
寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税				
計(F)				

総事業費
(E+F)

円

補助申請額

円

※「補助対象経費計（E）」又は「40,000円（補助上限額）」の低い方の額を記載してください。

第3号様式（交付要綱第5条関係）

収支予算書

事業者名： _____

1 収入 （単位：円）

科 目	金 額	備 考
福島県職場のがん検診受診促進事業補助金		
自己財源		
合計		

2 支出 （単位：円）

項 目	金 額	備 考
事業費のうち補助対象経費		
事業費のうち補助対象外経費		
合計		

第4号様式（交付要綱第8条関係）

令和 年 月 日

福島県知事

住 所
法 人 名
代表者名

福島県職場のがん検診受診促進事業変更（中止・廃止）承認申請書

下記により福島県職場のがん検診受診促進事業の事業計画を変更（中止・廃止）したいので、福島県補助金等の交付等に関する規則第6条第1項第1号（第2号）の規定により、承認してくださるよう申請します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日及び番号
年 月 日付け福島県指令 第 号
- 2 事業の変更（中止・廃止）の理由
- 3 事業の変更（中止・廃止）の内容
- 4 添付書類（変更の場合のみ）
 - (1) 事業計画書（第2号様式）
 - (2) 収支予算書（第3号様式）
 - (3) その他
- 5 本件責任者及び担当者
責任者名
担当者名
電話番号

第5号様式（交付要綱第10条関係）

令和 年 月 日

福島県知事

住 所
法 人 名
代表者名

福島県職場のがん検診受診促進事業実績報告書

下記のとおり事業を実施したので、福島県補助金等の交付等に関する規則第13条第1項の規定により、その実績を報告します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日及び番号
年 月 日付け福島県指令 第 号
- 2 交付決定額
円
- 3 事業の内容
別紙のとおり
- 4 添付書類
(1) 収支精算書（第6号様式）
(2) その他
- 5 本件責任者及び担当者
責任者名
担当者名
電話番号

事業者名： _____

1 着手・完了年月日

着手日	年 月 日
完了日	年 月 日

2 実施した事業

区分	実施の有無 ※実施した事業に○を記入する
①従業員のがん検診受診費用自己負担分の助成制度整備及び運用	
②従業員のがん検診・がん検診精密検査受診のための休暇及び職免制度の整備及び運用	
③補助事業者が主体となって実施する、従業員対象のがん検診事業	
④従業員向けがん予防セミナーの開催	

3 事業実績

① 従業員のがん検診受診費用自己負担分の助成制度整備及び運用

(1) 助成制度整備

整備年月日	年 月 日
整備した制度の内容	

(2) 助成制度運用

助成したがん検診の種類	
助成人数	

(3) 助成制度周知のためのチラシ等作成・配布

作成部数	
------	--

② 従業員のがん検診・がん検診精密検査受診のための休暇及び職免制度の整備及び運用

(1) 休暇等制度整備

整備年月日	年 月 日
整備した制度の内容	

(2) 休暇等制度周知のためのチラシ等作成・配布

作成部数	
------	--

③ 補助事業者が主体となって実施する、従業員対象のがん検診事業

実施年月日	年 月 日
実施場所	
対象者	
受診者数	
がん検診の種類	
実施の方法	

④ 従業員向けがん予防セミナーの開催

実施年月日	年 月 日
実施場所	
対象者	
参加者数	
内容	

4 事業費

(単位：円)

① 従業員のがん検診受診費用自己負担分の助成制度整備及び運用

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算
報償費				
旅費				
需用費				
役務費				
委託料				
補助金				
計（A）				

② 従業員のがん検診・がん検診精密検査受診のための休暇及び職免制度の整備及び運用

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算
報償費				
旅費				
需用費				
役務費				
委託料				
計（B）				

③ 補助事業者が主体となって実施する、従業員対象のがん検診事業

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算
需用費				
役務費				
委託料				
使用料及び賃借料				
計（C）				

④ 従業員向けがん予防セミナーの開催

	税抜金額（補助対象経費）	消費税	合計	積算
報償費				
旅費				
需用費				
委託料				
使用料及び賃借料				
計（D）				

補助対象経費計
(A+B+C+D)

円

【補助対象外経費】				内容
寄付金その他の収入金				
消費税及び地方消費税				
補助対象外経費計				

総事業費

円

精算額

円

※「交付決定額」又は「補助対象経費計」の低い方の額を記載してください。

第6号様式（交付要綱第10条関係）

収支精算書

事業者名： _____

1 収入 (単位：円)

科 目	金 額	備 考
福島県職場のがん検診受診促進事業補助金		
自己財源		
合計		

2 支出 (単位：円)

項 目	金 額	備 考
事業費のうち補助対象経費		
事業費のうち補助対象外経費		
合計		

第7号様式（交付要綱第11条関係）

令和 年 月 日

福島県知事

住 所

法 人 名

代表者名

福島県職場のがん検診受診促進事業仕入れに係る消費税相当額報告書
この事業について、福島県職場のがん検診受診促進事業補助金交付要綱第11条
第1項の規定に基づき、下記により報告します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日及び番号
年 月 日付け福島県指令 第 号
- 2 補助金の額の確定額
円
- 3 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税相当額（A）
円
- 4 消費税の申告により確定した仕入れに係る消費税相当額（B）
円
- 5 補助金返還相当額（B-A）
円
- 6 本件責任者及び担当者
責任者名
担当者名
電話番号

（注）参考となる資料を添付すること。

令和 年 月 日

福島県知事

住 所
法 人 名
代表者名

福島県職場のがん検診受診促進事業補助金交付請求書

福島県から交付決定のあった福島県職場のがん検診受診促進事業補助金について、下記により交付してくださるよう請求します。

記

- 1 補助金の交付決定年月日及び番号
年 月 日付け福島県指令 第 号
- 2 交付決定額又は確定額 (A)
円
- 3 今回請求額 (B)
円
- 4 残額 (A-B)
円
- 5 本件責任者及び担当者
責任者名
担当者名
電話番号

銀行口座確認票

事業者名： _____

項目		記入欄	記入例
振 込 希 望 口 座	金融機関名		〇〇銀行
	金融機関支店名		〇〇支店
	口座種別 (普通・当座の別)		普通
	口座番号		12345678
	フリガナ		カブシキガイシャ〇〇ハンバイ
	口座名義人		株式会社〇〇販売

※通帳の写し(金融機関名、支店名、口座番号、名義人を確認できる部分)を添付してください。

※口座名義人が債権機関名、代表者名と一致しない場合は、委任状を添付してください。

※記入漏れや記入誤りがありますと振り込み不能となりますので、正確に記入願います。