

令和7年度

結核定期健康診断費補助金申請書作成手順

提出書類一覧	
結核定期健康診断費補助金対象者一覧	…………… 1 頁
申請書作成手順と確認のフローチャート	…………… 2 頁
記入例の設定	…………… 3 頁
健康診断実施成績表	(第5号様式) …………… 4 頁
健康診断費補助申請額算出計算書(第6号様式)	…………… 5 頁
収支予算書(抄本)	(第4号様式) …………… 6 頁
定期健康診断費収支明細書	(第3号様式) …………… 7 頁
定期健康診断費補助申請額算出内訳書	(第2号様式) …………… 8 頁
結核定期健康診断費補助金申請書	(第1号様式) …………… 9 頁
提出先及び問い合わせ先	
(各区福祉保健センター及び医療局)	…………… 10 頁

【結核定期健康診断実施報告書】について

感染症法では、定期の健康診断の実施者が健康診断を実施したときは、【結核定期健康診断実施報告書】により福祉保健センター（保健所）に報告することを規定しています。（施行規則第27条の5）

この補助金を申請しない場合でも、結核に関する健康診断を実施したときは、必ず、福祉保健センター（保健所）への報告をお願いいたします。

横浜市医療局健康安全課

**令和7年11月28日（金）までの
提出書類一覧**

- 1 結核定期健康診断費補助金申請書 ……第1号様式
- 2 定期健康診断費補助申請額算出内訳書 ……第2号様式
- 3 定期健康診断費収支明細書 ……第3号様式
- 4 収支予算書(抄本) ……第4号様式
(予算書の写しでも可)
- 5 健康診断実施成績表 ……第5号様式
- 6 健康診断費補助申請額算出計算書 ……第6号様式
- 7 支出合計額に相当する領収書(写)
- (8) 結核定期健康診断実施報告書 ……第26号様式 未提出の場合のみ)
- (9) 日本語教育機関結核定期健康診断実施報告書 ……第9号様式 日本語教育機関のみ)

1～7 について、福祉保健センターに 2部 ご提出ください。
(8 については、未提出の場合のみ 2部 ご提出ください。)
(9 については、該当する場合のみ 2部ご提出ください。)

※ 申請書類についてはお手元で保管いただく控えを含めて合計3部作成するようにお願いします。

結核定期健康診断費補助金対象者一覧

下の対象施設の私立のものが対象です

◎書類提出締切日は令和7年11月28日（金）必着です。

対象施設		対象者
施設	社会福祉施設（※1）	入所者（65歳以上）
学校 （※2）	大学	学生（入学年度）
	高等学校・高等専門学校	
	各種学校・専修学校	
日本語教育機関（※3）		学生（毎年度）

※1 社会福祉施設:社会福祉法第二条第二項第一号及び第三号から第六号までに規定する施設
第1種社会福祉施設のうち、救護施設、更生施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、
軽費老人ホーム、障害者支援施設、婦人保護施設

※2 学校:大学、大学院、短期大学、高等学校、高等専門学校、専修学校及び各種学校
(修業年限が一年未満のものを除く)

※3 日本語教育機関:出入国管理及び難民認定法第7条第1項第2号の基準を定める省令の表の法別表
第1の4の表の留学の項の下欄に掲げる活動の項の下欄の規定による日本語教育機関

申請書作成手順と確認のフローチャート

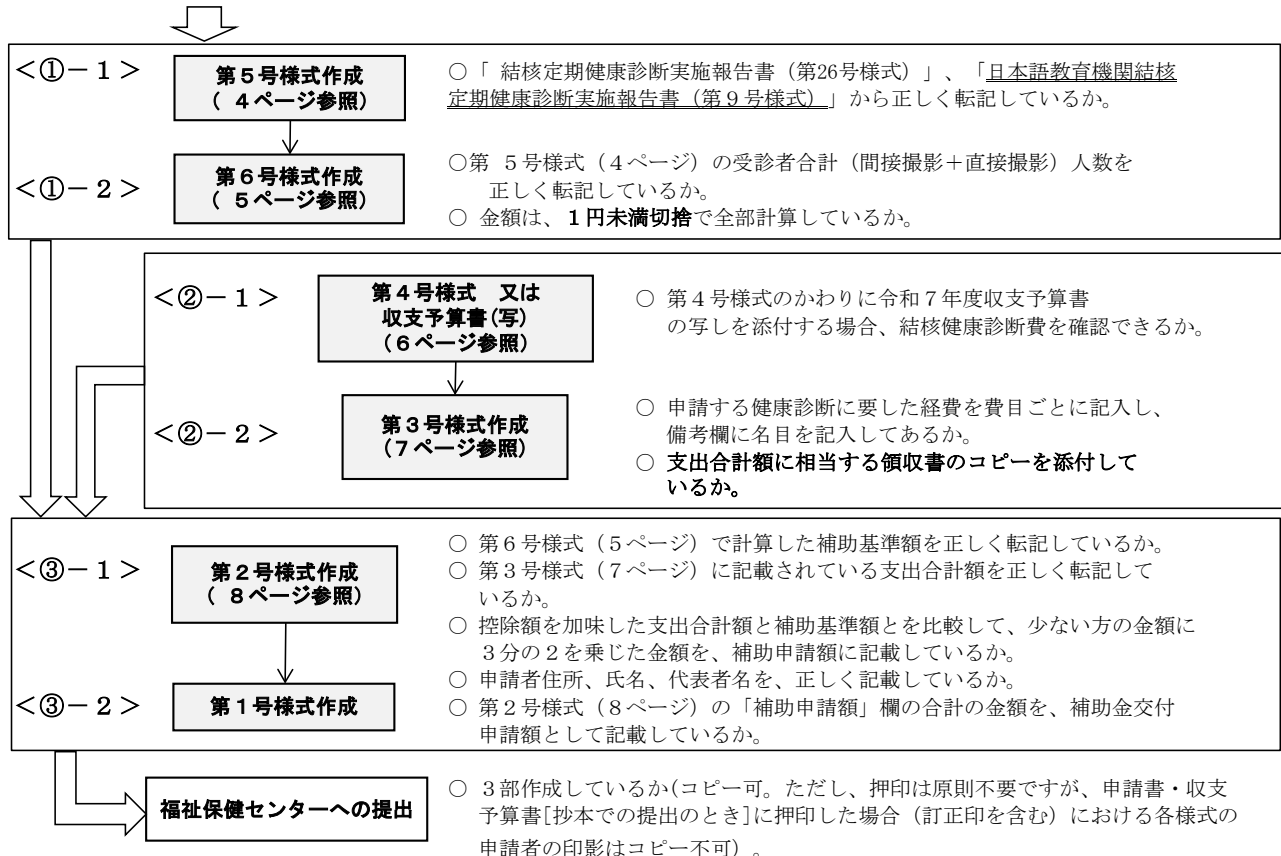
* 令和7年4月1日以降実施した健康診断が対象となります。

* 令和7年度より押印は原則不要です。ただし、訂正が必要となった場合は、二重線のうえ、申請書（第1号様式）、収支予算書（抄本）（第4号様式）及び訂正が必要となった箇所へ、押印をお願いします（押印は役職印（代表者印）、個人経営の場合は朱肉を使う個人印のみ）。

「結核定期健康診断実施報告書（第26号様式）」の作成、福祉保健センターへの提出が済んでいない場合は、すみやかに提出してください。

「日本語教育機関結核定期健康診断実施報告書（第9号様式）」の作成

（日本語教育機関のみ）



最終確認欄

チェック欄	項 目	部 数
	第1号様式（令和7年度 結核定期健康診断費補助金申請書）	3部
	第2号様式（定期健康診断費補助申請額算出内訳書）	3部
	第3号様式（定期健康診断費収支明細書）	3部
	第4号様式（収支予算書の抄本）又は 収支予算書の写し	3部
	領収書の写し	3部
	第5号様式（健康診断実施成績表）	3部
	第6号様式（健康診断費補助申請額算出計算書）	3部
	第26号様式（結核定期健康診断実施報告書） 該当する場合で未提出の場合のみ	3部
	第9号様式（日本語教育機関結核定期健康診断実施報告書）	3部

（※）日本語学科を有する専修学校につきましては、結核定期健康診断実施報告書も2部ご提出をお願いします。

◆注意事項

請求書につきましては、補助金交付決定通知書兼確定通知書交付後にご提出ください。

なお今後のスケジュールは、右のとおりになります。請求書のご提出方法につきましては、改めてお知らせいたします。

申請書類の提出期限（11月28日（金）必着）
提出期限を過ぎた場合は受理できません。

補助金交付決定通知書兼確定通知書の送付（2月初旬を予定）

請求書の提出（2月末頃を予定）

補助金交付（3月末頃を予定）

この記入要領は、次のケースに基づき作成しています。

1 申請者

住 所 横浜市中区本町 6 丁目 50 番地の 10

氏 名 学校法人 ウミノ学園
理事長 横浜 イチロウタ

補助申請する施設名・住所

ウミノ専門学校 新入生（日本語学科含む）：70人

ウミノ専門学校 新入生以外の日本語学科学生：30人

横浜市中区港町 1 丁目 2 番地

令和4年度から新たに
補助の対象となりました
(日本語教育機関の場合のみ)

2 健康診断の実施方法

・直接撮影は、医療機関に委託して実施した。

3 経 費

・胸部 X 線撮影（直接撮影）委託料：100 人分で 120,000 円（税込み）
（一人当たりの間接撮影料：1,200 円）

☆各様式の「斜体文字」を申請者側が記入しています。
☆令和 7 年度より押印は原則不要です。ただし、訂正が必要となった場合は、二重線のうえ、申請書（第 1 号様式）、収支予算書（抄本）（第 4 号様式）及び訂正が必要となった箇所へ、押印をお願いします（押印は役職印（代表者印）、個人経営の場合は朱肉を使う個人印のみ可）。

御不明な点がございましたら、

横浜市医療局健康安全課健康危機管理係 結核担当

までお問い合わせ下さい。

電話：6 7 1－2 7 2 9

F A X：6 6 4－7 2 9 6

①-1

申請者側で記入する箇所は、「**斜体文字**」で表示しています。

第5号様式

健康診断実施成績表				
団体名		学校法人 ウミノ学園 ウミノ専門学校		
代表者氏名		理事長 横浜 イチロウタ		
区分	対象人数	間接撮影	直接撮影	備考
高校・高等専門学校 (新入生のみ)	補助申請の 対象となる 人数を記入 して下さい。	間接撮影、直接撮影 を実際に実施した人数 を記入して下さい。		対象人数と撮影した人数が 異なる場合は、備考欄に 理由を記入して下さい。
大学・短期大学院 (新入生のみ)				
専修・各種学校 (新入生のみ)	72		70	健診日2名欠席
日本語教育機関 (生徒)	30		30	日本語学科の新入生は、今まで 通り他学科の新入生と共にこちら に記入して下さい。 「結核定期健康診断実施報告書 (第26号様式)」の受診者数から 転記します。
施設入所者 (65歳以上のみ)				
合 計	102		100	

上記のとおり、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施行規則
第27条の5による報告があったこと、また、日本語教育機関においては日本語教育機関の
告示基準第1条第1項第30号に係る健康診断の実施報告があったことを証明します。

この欄は、区の福祉保健センターで
記入しますので、何も書かないで下さい。

横浜市 福祉保健センター長

受理年月日
年 月 日

印

新入生以外の日本語学科生徒に
ついてはこちらに記入して下さい。
「日本語教育機関結核健康診断
実施報告書(第9号様式)」の
受診者数から転記します。

- この様式は「結核定期健康診断実施報告書(第26号様式)」、
「日本語教育機関結核健康診断実施報告書(第9号様式)」の
内容を転記してください。

ただし、教職員・事務職員などの従事者は除きます。

- 対象人数は、補助申請の対象となる人数です。

(1 ページの結核定期健康診断費補助金対象者一覧参照)

①-2

申請者側で記入する箇所は、「斜体文字」で表示しています。

第6号様式

健康診断費補助申請額算出計算書（令和7年度）

申請者名 (学校・施設名等)	学校法人 ウミノ学園 ウミノ専門学校
担当者 連絡先	氏名 (河野 魚) 職種 (事務) TEL 045 (671) ××××

①-1(第5号様式)の
(間接撮影+直接撮影)
の人数を転記

		胸部エックス線撮影	
高校・高等専門学校 (新入生のみ記入)	新入生数		人 ①
	基準単価	@ 454円	
	金 額		円 ①' = ①×単価
大学・短期大学・大学院 (新入生のみ記入)	新入生数		人 ②
	基準単価	@ 454円	
	金 額		円 ②' = ②×単価
専修・各種学校 (新入生のみ記入)	新入生数	新入生(日本語学科含む) 70人	人 ③
	基準単価	@ 454円	
	金 額	31,780円	円 ③' = ③×単価
日本語教育機関 (生徒)	学生数	新入生以外の日本語学科生徒 30人	人 ④
	基準単価	@ 454円	
	金 額	13,620円	円 ④' = ④×単価
施設 (65歳以上のみ記入)	新入生数		人 ⑤
	基準単価	@ 454円	
	金 額		円 ⑤' = ⑤×単価
合計	人 数	100人	①+②+③+④+⑤
	金 額	45,400円	①'+②'+③'+④'+⑤'

日本語学科の
新入生は、今
まで通り他学
科の新入生と
共にこちらに
記入して下さい。

新入生以外の
日本語学科生
徒についてはこ
ちらに記入して下
さい。
(日本語教育
機関のみ)

1 間接撮影、直接撮影、デジタル撮影(CR、DR)、ポータブル撮影 はすべて
「胸部エックス線撮影」とみなし、1件454円で計上します。

2 合計人数は、5号様式の「間接撮影の合計+直接撮影の合計」と同数になります。

3 この表で算出された合計欄の金額は、2号様式の補助基準額の合計に転記します。

②-1

申請者側で記入する箇所は、「**斜体文字**」で表示しています。

第4号様式

令和7年度収支予算書（抄本）

この様式は、収支予算書から本申請（結核健康診断費）に係る部分のみ抜粋して、記入して下さい。

収入の部

科 目	総 額	説 明	対象額	備 考
寄付金収入	0	寄付金	0	
補助金収入	33,000	横浜市補助金	33,000	
その他	0			

昨年度補助金として交付された金額を、予算として計上した場合は、ご記入下さい。

支出の部

科 目	総 額	説 明	対象額	備 考
保健衛生費	150,000	結核健康診断費 委託料	130,000	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和7年 11月 10日

所 在 地 横浜市中央区本町6丁目50番地の
団 体 名 学校法人 ウミノ 学園
代表者役職 理事長 横浜 イチロウタ
氏 名

令和7年度より押印は原則不要です。ただし、訂正が必要となった場合は、二重線のうえ、申請書（第1号様式）、収支予算書（抄本）（第4号様式）及び訂正が必要となった箇所へ、押印をお願いします（押印は役職印（代表者印）、個人経営の場合は朱肉を使う個人印のみ可）。

- ※ 1 第3号様式の「予算額」欄の金額と一致するように作成してください。（予算額を確認するための書類となります。）
- 2 該当費目に他事業の予算額を含む場合は、備考欄に健康診断等の経費（第3号様式の額）を記入してください。

第3号様式

定期健康診断費収支明細書

結核健康診断費

科 目	予 算 額	収入支出済額	差引過△不足額	備 考
収入の部				
寄 付 金	0	0	0	
補 助 金	33,000	0	33,000	
そ の 他 の 雑 収 入	0	0	0	
合 計	33,000	0	33,000	
支出の部				
1 手当及び給与金				
2 旅 費				
3 賃 金				
4 需 用 費	0	0	0	
消 耗 品 費				
燃 料 費				
食 糧 費				
印 刷 製 本 費				
光 熱 水 費				
修 繕 料				
医 薬 材 料 費				
5 役 務 費				
通 信 運 搬 費				
6 委 託 料	130,000	120,000	10,000	健康診断間接撮影 医療機関委託
7 使用料及び賃借料				
8 備 品 購 入 費				
9 そ の 他				
合 計	130,000	120,000	10,000	

健康診断のための寄付金がある場合、又は健康診断料を徴収する場合等、本健康診断費として収入がある場合は、こちらに記入して下さい。

該当無しの場合は0と記入して下さい。

健康診断に要した経費（支出済額）を記入して下さい。

この金額に一致する領収書のコピーを添付して下さい。

この額を<③-1(第2号様式)>の支出合計額の欄へ転記

※ 注 本申請書には、実際にかかった費用ではなく、「結核定期健康診断費補助金対象者一覧」に載っている、**対象となる人員にかかった費用**だけを記入します。

○ 胸部X線検査料の支払いを証明できる書類の提出が必要です。

領収書（胸部X線検査の単価が記載されたもの）

領収書に単価の記載がない場合は、単価の分かる請求書を添付して下さい。

1 口座払い等で領収書がない場合

振込明細画面等を印刷し、支払の根拠となる請求書（胸部X線検査の単価の分かるもの）と共に、提出して下さい。

2 本健康診断費以外の経費と共に、まとめて支払った場合

上記1の請求書に加えて、合計の支払額に対する全ての請求書等を提出して下さい。

③-1

申請者側で記入する箇所は、「**斜体文字**」で表示しています。

第2号様式

定期健康診断費補助申請額算出内訳書						
事 項 別	(a) 支 出 合 計 額	(b) 補 助 基 準 額	(c) 控 除 額			(e) 補 助 申 請 額 (d)×2/3
			寄付金	その他	計	
高校・高等専門学校 (新入生のみ)						
大学・短期大学 大学院 (新入生のみ)						
専修・各種学校 (新入生のみ)	72,000	31,780	0	0	0	31,780
日本語教育機関 (生徒)	48,000	13,620	0	0	0	13,620
施設入所者 (65歳以上のみ)						
合 計	120,000	45,400	0	0	0	45,400
						30,266

日本語学科の新入生は、今まで通り他学科の新入生と共にこちらに記入して下さい。

新入生以外の日本語学科生徒についてはこちらに記入して下さい。

差引補助基準額 ((d)の合計額) の**3分の2**の額(1円未満切り捨て)を記入します。

例)
(d)の合計45,400で計算すると、
 $45,400 \times 2 = 90,800$
 $90,800 \div 3 \div 30,266$
 (1円未満切り捨て)

(e)の補助申請額は30,266

(支出合計額から控除額を減じた額(a)-(c))と(補助基準額(b))を比較し、いずれか少ない額を記入します。

<②-2(第3号様式)>
結核健康診断費の「収入支出済額」欄の**支出の部の合計**を転記します。

<①-2(第6号様式)>
の「合計」欄の**金額**を転記します。

控除額とは、本健康診断のための**寄付金又は健康診断料を徴収**して充当した場合の額をいいます。

③-2

申請者側で記入する箇所は、「斜体文字」で表示しています。

第1号様式 (担当区 区)

令和7年度 結核定期健康診断費補助金申請書

令和 7 年 11 月 10 日

横 浜 市 長

申請者	所在地	〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地の10
	団体名	学校法人 ウミノ学園
	代表者役職名	理事長 横浜 イチロウタ

(施設名) ウミノ専門学校
(施設の所在地) 横浜市中区港町1丁目2番地

申請者が法人等の理由により、申請者の氏名・所在地が、施設名・施設の所在地と異なる

横浜市定期健康診断費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、補助金を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成17年11月30日横浜市規則第139号）及び横浜市定期健康診断費補助金交付要綱を遵守します。

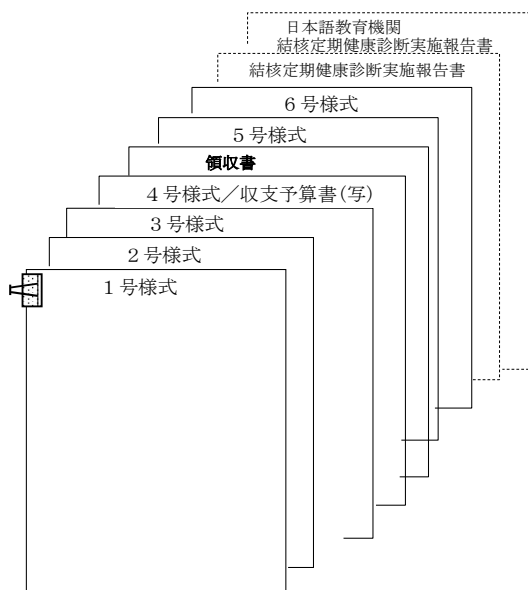
補助金交付申請額 金 30,266 円
(内訳別紙のとおり)

(添付書類)

- 1 定期健康診断費補助申請額算出内訳書(第2号様式)
- 2 定期健康診断費収支明細書(第3号様式)
- 3 収支予算書(抄本)(第4号様式)
- 4 支出合計額に相当する領収書の写し
- 5 健康診断実施成績表(第5号様式)
- 6 健康診断費補助申請額算出計算書(第6号様式)

令和7年度より押印は原則不要です。ただし、訂正が必要となった場合は、二重線のうえ、申請書（第1号様式）、収支予算書（抄本）（第4号様式）及び訂正が必要となった箇所へ、押印をお願いします（押印は役職印（代表者印）、個人経営の場合は朱肉を使う個人印のみ可）。

③-1（第2号様式）の「補助申請額」(e)欄の合計の金額を記入して下さい。



左の図の順番で整理し、所在区の福祉保健センターあてに提出してください。

領収書の写しは、A4の用紙に貼付して下さい。請求書・見積書のみは認められません。

両面コピーはしないでください。

なお、結核定期健康診断実施報告書（第26号様式）は、健康診断実施後に所在区の福祉保健センターに提出することになっています。未提出の場合は、今回の申請と一緒に提出ください。

結核定期健康診断実施報告書					学校用 (小・中学校を除く)	
横浜市保健所長		未提出の場合のみ提出		実施月 令和7年4月		
学校は、『事業者として業務従事者』に対し、また、『学校の長として、学生・生徒(高校生以上に相当する新入生)に対し、健康診断を行わなければなりません。		提出年月日 令和7年6月10日		担当者名 ×× ×××		
		電話番号 〇〇〇－〇〇〇〇				
事業所	名称 〇〇高等学校	報告が必要な学生・生徒は、『高校生以上に相当する新入生』です。				
	所在地 横浜市〇〇区〇〇町〇－〇－〇					
実施者名 (学校長・施設長・理事長等)		学校法人 〇〇学園 理事長 〇〇 〇〇				
実施者種別	実施者	事業者	学校の長	施設の長		
	対象者	従事者 (※1)	今年度入学した 学生・生徒 (※2)	刑事施設 収容者 (20歳以上)	社会福祉施設 入所者 (65歳以上)	
対象者数 (※3)		50	72	業務従事者とは、常勤・非常勤問わず、継続してその業務に従事している者を含みます。		
受診者数 (※4)		48	70			
検査方法別 受診者数 (内訳)	間接撮影	0	0	かくたん（喀痰）検査は必須項目ではありません。実施された場合はご記入下さい。		
	直接撮影 (デジタル撮影含む)	48	70			
	喀痰検査	0	0			
発見者数	結核患者	0	0	潜在性結核感染症を含みます。		
	結核発病のおそれがあると診断された者	0	0			
未受診者数 (内訳)	退職・病気休暇等	0	0	対象者数と受診者数が異なる場合は、未受診者数とその理由が分かるようにご記入下さい。		
	妊娠中、 産休・育休中等	1	0			
	受診勧奨中	0	0			
	その他 (理由も記入)	1 (5月中に受診予定)	2 (5月中に受診予定)			

記入上の注意

- ※1 事業所従業員、教職員、施設職員等、業務に従事する者
- ※2 大学、高等学校、高等専門学校、専修学校、各種学校（修業年限が1年未満のものを除く）の学生・生徒
- ※3 健康診断実施月の人数
- ※4 定期の健康診断を受けた者の他、がん検診や人間ドック等で健康診断を受け、診断書等を実施者に提出した者も含む。
但し、受診結果の報告がない場合は未受診とし、備考欄にその旨を記入すること。

※提出先：所在地の区役所（区福祉保健センター健康づくり係）

日本語教育機関結核定期健康診断実施報告書

新入生以外の日本語
学科生徒については
こちらの報告書様式に
ご記入ください

実施月 令和 7 年 4 月

提出年月日 令和 7 年 5 月 10 日

担当者名 ×× ×××

電話番号 〇〇〇－〇〇〇〇

学校・施設	名称	〇〇専門学校	
	所在地	横浜市〇〇区〇〇町〇－〇－〇	
実施者名 (学校長・理事長等)		校長 〇〇 〇〇	
対象者(生徒)数		30	
受診者数		30	
発見者数	結核患者	1	
	結核発病のおそれがあると診断された者	2	
要医療者 内訳	国籍別	中国	1
		インドネシア	0
		ミャンマー	0
		ネパール	0
		フィリピン	0
		ベトナム	0
		その他	(国名： インド) 1 (国名： タイ) 1 (国名：)
	受診状況別	治療中	0
		未治療	3
		帰国	0

この実施報告書は、「出入国管理及び難民認定法第七条第一項第二号の基準を定める省令の留学の在留資格に係る基準の規定に基づき日本語教育機関等を定める件」第二号に定める日本語教育機関が、結核定期健康診断費補助金を申請する際に、補助金申請書と共に提出するものとする。

記入上の注意

《専修学校・各種学校の日本語教育機関》

新入生以外の生徒についてはこちらの様式で計上

新入生については、「結核定期健康診断実施報告書(第26号様式)」に計上

《専修学校・各種学校以外の日本語教育機関》

全ての生徒についてこちらの様式で計上

提出先及び問い合わせ先

保 健 所 名			電話番号	郵便番号	所 在 地
鶴 見	福祉保健 センター	健康づくり係	510-1832	230-0051	鶴見区鶴見中央3-20-1
神 奈 川	福祉保健 センター	健康づくり係	411-7138	221-0824	神奈川区広台太田町3-8
西	福祉保健 センター	健康づくり係	320-8439	220-0051	西区中央1-5-10
中	福祉保健 センター	健康づくり係	224-8332	231-0021	中区日本大通35
南	福祉保健 センター	健康づくり係	341-1185	232-0024	南区浦舟町2-33
港 南	福祉保健 センター	健康づくり係	847-8438	233-0003	港南区港南4-2-10
保土ヶ谷	福祉保健 センター	健康づくり係	334-6344	240-0001	保土ヶ谷区川辺町2-9
旭	福祉保健 センター	健康づくり係	954-6146	241-0022	旭区鶴ヶ峰1-4-12
磯 子	福祉保健 センター	健康づくり係	750-2445	235-0016	磯子区磯子3-5-1
金 沢	福祉保健 センター	健康づくり係	788-7840	236-0021	金沢区泥亀2-9-1
港 北	福祉保健 センター	健康づくり係	540-2362	222-0032	港北区大豆戸町26-1
緑	福祉保健 センター	健康づくり係	930-2357	226-0013	緑区寺山町118
青 葉	福祉保健 センター	健康づくり係	978-2438	225-0024	青葉区市ヶ尾町31-4
都 筑	福祉保健 センター	健康づくり係	948-2350	224-0032	都筑区茅ヶ崎中央32-1
戸 塚	福祉保健 センター	健康づくり係	866-8426	244-0003	戸塚区戸塚町16-17
栄	福祉保健 センター	健康づくり係	894-6964	247-0005	栄区桂町303-19
泉	福祉保健 センター	健康づくり係	800-2445	245-0024	泉区和泉中央北5-1-1
瀬 谷	福祉保健 センター	健康づくり係	367-5744	246-0021	瀬谷区二ツ橋町190
横浜市医療局健康安全課 健康危機管理係結核担当			671-2729	231-0005	中区本町6-50-10