

第 年 月 日 号

大阪府知事様

市町村長氏 名

大阪府屈折検査導入支援対策交付金申請書

年度において、標記の交付金を下記のとおり受けたいので、大阪府補助金交付規則第4条及び大阪府屈折検査導入支援対策交付金要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、交付金を充当して実施する事業及び経費は、交付要綱第4条第3項の対象外経費に該当しないことを申し添えます。

記

事業内容 事業の効果又は目標 事業の経費の配分	別紙（様式第2号）のとおり
事業の完了の予定期日	年 月 日
交付を受けようとする交付金の額	金 <u>0</u> 円 *屈折検査を新規又は拡充して実施する健診会場数 <u> </u> 施設 *健診会場1施設あたり： <u>300,000</u> 円（定額）
その他参考資料等	

（添付書類）歳入歳出予算書抄本

担 当 部 署			
担 当 者 氏 名			
電 話 ・ F A X	電 話		F A X
E - M A I L			

※取りまとめのご担当を記載してください。

様式第2号（交付事業調書）

市町村名

担 当 部 署			
担 当 者 氏 名			
電 話 ・ F A X	電 話		F A X
E - M A I L			

事業名称	屈折検査体制整備事業		
事業の内容	<p>※屈折検査機器を導入した上で、どのように屈折検査体制を整備又は拡充するのか、詳細を記載してください。</p>		
屈折検査の実施計画 (事業の効果又は目標)	<p>※屈折検査の実施予定回数（健診会場数・健診開催回数等）、想定受検者数等を詳細に記載してください。</p>		
予算措置の状況	<input type="checkbox"/> 当該年度当初予算措置済み・ <input type="checkbox"/> （ ）月補正（済み・予定）		
屈折検査機器の導入状況	<input type="checkbox"/> 導入済み・ <input type="checkbox"/> 導入予定（時期： ） ⇒導入（済み・予定）台数（ ）台		
経費の配分 (詳細は別紙)	事業費（円）	うち交付対象経費	
			人件費
			人件費以外
	0	0	0
その他参考資料等	<p>※屈折検査の新規導入等に関する周知用素材（チラシ・広報誌等の写し）やホームページのURLがあれば添付してください。</p>		

様式第2号別紙（経費の配分）

種目	費目	支出見込額(円)		内容
		事業費		
			交付対象経費	
人 件 費	報酬			
	賃金			
	共済費 (社会保険料等含む)			
	小計	0	0	
人 件 費 以 外	旅費			
	報償費			
	需用費			
	役務費			
	委託料			
	使用料及び 賃借料			
	工事請負費			
	備品購入費			
	負担金、補助 及び交付金			
	扶助費			
小計	0	0		
合計		0	0	

第 年 月 日 号

大阪府知事様

市町村長氏 名

大阪府屈折検査導入支援対策交付金
経費の配分（・事業内容）変更承認申請書

大阪府屈折検査導入支援対策交付金要綱第8条第1項の規定により次のとおり申請します。

事業名	変更事項	変更前	変更後	変更の理由	備考
屈折検査体制 整備事業					

担 当 部 署			
担 当 者 氏 名			
電 話 ・ F A X	電 話	F A X	
E - M A I L			

第 年 月 日

大阪府知事様

市町村長氏 名

大阪府屈折検査導入支援対策交付金
事業の中止（・廃止）承認申請書

大阪府屈折検査導入支援対策交付金要綱第8条第4項の規定により次のとおり申請します。

事業名	事業の実施の経過	中止（廃止）の理由	備考
屈折検査体制 整備事業			

担 当 部 署	
担 当 者 氏 名	
電 話 ・ F A X	電 話 F A X
E - M A I L	

第 _____ 号
年 月 日

大阪府知事様

市 町 村 長 氏 名

大阪府屈折検査導入支援対策交付金
事業実績報告書

大阪府補助金交付規則第12条及び大阪府屈折検査導入支援対策交付金要綱第10条の規定により、
下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

事業の実績及び効果 事業経費の実績	別紙（様式第6号）のとおり
交付金の交付決定額 実績額	交付決定額 金 _____ 円 実績額 金 <u> 0 </u> 円 *屈折検査を新規又は拡充して実施した健診会場数 _____ 施設 *健診会場1施設あたり： <u> 300,000 </u> 円（定額）
事業の完了の期日	年 月 日
備考	

(添付書類)歳入歳出決算書抄本(又は見込書)

担 当 部 署	
担 当 者 氏 名	
電 話 ・ F A X	電 話 _____ F A X _____
E - M A I L	

※取りまとめのご担当を記載してください。

様式第6号（事業実績調書）

市町村名

担 当 部 署			
担 当 者 氏 名			
電 話 ・ F A X	電 話		F A X
E - M A I L			

事業名称	屈折検査体制整備事業		
事業の内容	<p>※屈折検査機器を導入した上で、どのように屈折検査体制を整備又は拡充したか、詳細を記載してください。</p>		
屈折検査の実施結果 (事業の実績及び効果)	<p>※屈折検査の実施回数（会場数・健診開催回数等）、受検者数・未受診者数・受診率・精密検査実施状況等の集約結果等について、詳細に記載してください。 【別紙での提出可】</p>		
予算措置の状況	□当該年度当初予算措置済み・□（ ）月補正（済み・予定）		
屈折検査機器の導入状況	導入台数（ ）台 導入時期（ ）		
経費の配分 (詳細は別紙)	事業費（円）	うち交付対象経費	
			人件費 人件費以外
	0	0	0 0
その他参考資料等	<p>※屈折検査の新規導入等に関する周知用素材（チラシ・広報誌等の写し）やホームページのURLを必ず添付してください。</p>		

様式第6号別紙（経費の配分）

種目	費目	支出額(円)		内容
		事業費		
			うち交付対象経費	
人件費	報酬			
	賃金			
	共済費 (社会保険料等含む)			
	小計	0	0	
人件費以外	旅費			
	報償費			
	需用費			
	役務費			
	委託料			
	使用料及び賃借料			
	工事請負費			
	備品購入費			
	負担金、補助及び交付金			
	扶助費			
小計	0	0		
合計		0	0	