

記入例

補助額計算書

施設名称	はなみずき保育園
------	----------

1 フッ化物洗口事業の実績

	4歳児(年中児)	5歳児(年長児)
在籍園児数	20人	21人
フッ化物洗口実施者数	20人	21人
上記のうち前年度から継続してフッ化物洗口を実施する園児数		20人
事業開始日	令和5年 4月 10日	令和5年 4月 10日
保護者への説明実施	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済み	<input checked="" type="checkbox"/> 実施済み
保護者の同意確認	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済み	<input checked="" type="checkbox"/> 確認済み
使用する薬剤 (どちらかに○をつけてください)	ミラノール・オラブリス	
実施方法	毎日法 250ppm	
園歯科医師	(保護者への説明及び薬剤の処方指示を行う歯科医師名) 八幡 一郎	

2 補助額の計算

(1) 補助金申請額の内訳

[A] 総事業費 =(イ)+(カ)	● 25,124 円
[B] 収入の額(保護者負担額等) =(ウ)+(キ)	▲ 0 円
[C] 差引額 =[A]-[B]	25,124 円
[D] 基準額 =(ア)	◆ 30,815 円
[E] 選定額 =(オ)+(ケ)	★ 25,124 円
[F] 補助金交付決定額 =「補助金交付決定通知書」に記載してある金額	30,000 円
[G] 市補助交付額 =[D]と[E]を比較して少ない方の額 …様式第3号請求金額	★ 25,124 円

該当する園児の人数を記入してください。
年度途中で退園及び入園した園児を含みます。

フッ化物洗口実施した園児の人数を記入してください。
年度途中で退園及び入園した園児を含みます。

5歳児(年長児)のうち前年度から引き続いてフッ化物洗口を実施した園児の人数を記入してください。
年度途中で退園及び入園した園児を含みます。

今年度のフッ化物洗口開始した日にちを記入してください。

「(3) フッ化物洗口に必要な薬剤費及び消耗品費」の合計(イ)と「(4) 薬剤保管庫及び食器乾燥機購入経費」の合計(カ)を合わせた額を記入してください。

「(3) フッ化物洗口に必要な薬剤費及び消耗品費」の収入額(ウ)と「(4) 薬剤保管庫及び食器乾燥機購入経費」の収入額(キ)を合わせた額を記入してください。

「(2) 補助基準額」の合計(ア)から転記してください。

「(3) フッ化物洗口に必要な薬剤費及び消耗品費」の(オ)と「(4) 薬剤保管庫及び食器乾燥機購入経費」の収入額(ケ)を合わせた額を記入してください。

『補助金交付決定通知書』に記載している金額が上限となりますので、記載している額を超えて請求することはできません。

様式第3号『佐世保市フッ化物洗口推進事業補助金交付請求書』の「2 請求金額」の欄へ転記してください。

記入例

(2) 補助基準額

	単価 (円)	実施期間	期間率 実施月数/12 (月)	実施者数 (人)	基準額(円) 72円×期間率×実施者数 (1円未満端数切捨て)
4歳児 (年中児)	772	開始年月 令和5年 4月 終了年月 令和6年 3月	12/12	19	14,668
	772	開始年月 令和5年 4月 終了年月 令和6年 7月	4/12	1	257
	772	開始年月 年 月 終了年月 年 月	/12		
5歳児 (年長児)	772	開始年月 令和5年 4月 終了年月 令和6年 3月	12/12	20	15,440
	772	開始年月 令和5年 9月 終了年月 令和6年 3月	7/12	1	450
	772	開始年月 年 月 終了年月 年 月	/12		
合計					30,815 円 (ア)

実施期間(月数)別に記入してください。
行が足りない場合は、別葉として添付してください。

実施者数は、「1 フッ化物洗口事業の実績」のフッ化物洗口実施者数と一致するようにしてください。

(3) フッ化物洗口に必要薬剤費及び消耗品費

品名等	単価(円)	数量	支出額(円)
薬剤費			
ミラノール顆粒11% 1g×180包入	11,000	2	22,000
消耗品費			
プラスチックコップ ディスペンサーボトル	44 1,320	41 1	3,124
合計			25,124 円 (イ)
収入額(保護者負担額等)			0 円 (ウ)
(イ)-(ウ)			25,124 円 (エ)
(ア)と(エ)を比較して少ない額			25,124 円 (オ)

薬剤費及び消耗品費の内訳を記入してください。

保護者負担額等収入について記入してください。

「(2) 補助基準額」の合計(ア)と「(3) フッ化物洗口に必要薬剤費及び消耗品費」の合計(イ)から収入額(ウ)を引いた額(エ)とを比較して少ない方の額を記入してください。

(4) 薬品保管庫及び食器乾燥機の購入経費

過去に同じ経費に係る補助金の交付を受けたことはありません。

品名等	支出額(円)
薬品保管庫	0
食器乾燥機	0
合計	
収入額(保護者負担額等)	
(カ)-(キ)	
上限額5,000円と(ク)を比較して少ない額	

薬品保管庫及び食器乾燥機購入額を記入してください。
※過去に同じ経費に係る補助の交付を受けたことがない場合に限りです。
※購入物品の設置状況が確認できる写真の添付が必要です。

保護者負担額等収入について予算額を記入してください。

「(4) 薬品保管庫及び食器乾燥機購入経費」の合計(カ)から収入額(キ)を引いた額(ク)と5,000円とを比較して少ない方の額を記入してください。

計★

計●