

令和 7 年度結核予防費補助金交付の流れなど

1 補助対象

(1) 学校

私立の大学、高等学校、高等専門学校、専修学校又は各種学校。

ただし、修業年限が 1 年未満のものは除く。

(2) 施設

私立の社会福祉施設

(社会福祉法第 2 条第 2 項第 1 号及び第 3 号から第 6 号までに規定されている施設)

2 補助対象事業について

学校や社会福祉施設（以下「学校等」という）にて行う定期健康診断（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（以下「感染症法」という。）第 53 条の 2 第 1 項）が対象です。

なお、学校については生徒及び学生 （入学した年度のみ）、社会福祉施設については入所している「65 歳以上(学年年齢)の者」が対象者となります。

※ 注意事項

(1) 教職員や施設職員は補助対象外です。

(2) 補助対象となるのは、県内（さいたま市・川越市・越谷市・川口市を除く。以下同じ）の学校等に限ります。

また、学校等の設置者が費用を負担した場合に限り補助するものとし、生徒・学生並びに施設入所者（以下「生徒等」）が個人の負担で行った定期健康診断や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となりません。

なお、県内の学校等の生徒等であっても、県外（さいたま市・川越市・越谷市・川口市を含む）の学校等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 補助申請額

(1) 補助申請額の算出

補助申請額は以下のア～ウの金額において最も少ない額に 3 分の 2 を乗じた金額です（1,000 円未満の端数切り捨て）。

ア 補助要綱の補助単価に受診者数を乗じた額

イ 補助要綱の別表に定める対象経費の実支出額

ウ 総事業費から寄付金その他の収入額を控除した額

(2) 補助申請額の上限

補助申請額の上限を 350,000 円とします。

(3) その他

各申請者からの補助申請額の総計が本事業の予算額を超えた場合には、交付決定額が補助申請額を下回る場合があります。

4 補助金交付の手続

申請者 → 管轄保健所 申請書等を提出



学校等を所轄する保健所へ申請書（様式第1号）を1部提出してください。
（令和7年10月3日（金）必着）

県 → 申請者 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。

申請者 → 管轄保健所 実績報告書等を提出



交付決定通知を収受した後、30日以内もしくは通知にて指定する日までに、
実績報告書（様式第2号）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。

県 → 申請者 交付確定通知を送付



補助金の交付確定額を通知します。

申請者 → 埼玉県庁 請求書を提出



交付確定通知を収受した後、通知にて指定する日までに
請求書（様式第3号）を作成し、提出してください。

県 → 申請者 補助金振り込み（令和8年3月頃を予定）

請求書に基づき、補助金を口座振込で支払います。

学校等の長は、生徒等と職員に対し結核健康診断を行うことが感染症法により義務づけられており、診断結果は所属所の管轄保健所長に報告することとなっています。（補助金の対象に該当しなくても同様です。）

健康診断結果を管轄保健所へ御提出ください。

提出に関する問い合わせは各保健所 保健予防推進担当へお願いします。

【参考：埼玉県設置の保健所】

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/hokenjo/index.html>

5 申請書記入の注意事項

(1) 様式第1号（結核予防費補助金交付申請書）

ア 学校等单位で作成してください。同一施設内でも学校等の長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・氏名も明記してください。

なお、代表者印等の押印は不要です。

ウ 今後、申請者あてに交付決定・確定を通知しますので、申請者名は振込口座名義人名と一致させるようお願いいたします。なお、相違する場合は請求書提出の際、委任状等の添付が必要となります。

（例1）委任状が不要な例 申請者と請求者が一致している。

・申請者 学校法人〇〇学園理事長 ××××

口座名義 学校法人〇〇学園理事長 ××××

（例2）委任状が必要になる例 申請者と請求者が違う。

・申請者 学校法人〇〇学園理事長 ××××

口座名義 〇〇学校長 ××××

(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」千円未満の端数は切り捨ててください。

イ 補助額の上限額は35万円ですので、「（F）補助金申請額」に記入する金額は、35万円が上限額となります。

(3) 様式第1号の3（結核健康診断事業計画・所要額内訳）

ア 実施予定期間は、学校等において当初設定した健康診断の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 本補助対象は県内（さいたま市・川越市・越谷市・川口市を除く）の学校等が実施した定期の結核定期健康診断に限ります。

(4) 様式第1号の4（結核健康診断人数）

ア 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 「受診者数（見込）」は実数で記入してください。また、「受診者数（見込）」が「対象人数」を上回っていないことを御確認ください。