

(宛先)福岡市長

(記載例)

令和7年5月20日

申請書の提出日をご記入ください。

申請者の住所

〒 810-8620

福岡市中央区天神●-●-●

法人の場合は登記の住所、個人の場合は住民登録の住所をご記載ください。

申請者の団体名及び代表者の氏名(又は氏名)

社会福祉法人 ●●●●●●
理事 ●●●●●●

代表
印
者
印

福岡市フッ化物洗口事業補助金変更交付申請書

福岡市フッ化物洗口事業補助金要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり令和 7 年度
補助金について、交付の変更を受けたいので、下記のとおり申請します。

補助金を申請する年度をご記入ください。

記

1 事業実施保育施設

施設名	福岡保育園
施設所在地	〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1 福岡市役所ビル12階 TEL(711 - ●●●●)

実際にフッ素うがいを実施する施設をご記入ください。複数施設を運営する法人様などは、実施施設ごとに申請をお願いします。

2 変更理由

実施予定人数が増加するため

実施人数の変更で補助金の額が減少する場合は変更申請は不要です。ただし、フッ素うがいそのものを中止する場合は、変更申請をご提出ください。

3 変更後の計画

(1) 使用薬剤 ミラノール オラブリス その他()

いずれかに○をつけてください。

(2) 実施計画

	実施月数(A)	実施予定児童数(B)	実施方法
4歳児クラス	10 ヶ月	55 人	週5回法
5歳児クラス	12 ヶ月	60 人	週5回法

フッ化物洗口を開始する月、終了する月を含む月数をご記入ください。
(例) 6月～翌年3月まで実施する場合は「10」を記入。

実際にフッ化物洗口を行う児童の数(予定)を記入してください。

週1回法、週2回法、週5回法のいずれかを選択してください。

4 補助金の交付変更申請額

- (1) 交付変更申請額 80,960 円 【計算式】 (A)/12×((B)×765円) ※10円未満切り捨て
- (2) 交付既決定額 70,120 円 ※決定通知書の「補助金内示金額」
- (3) 変更増減額 10,840 円 ※(1)-(2)

Excelで自動計算します。手書きされる場合は右側の計算式をご参照のうえご記入ください。

福岡市から交付があった「福岡市フッ化物洗口事業補助金交付決定通知書(様式第2号)」に記載の補助金内示金額の額を記入ください。