（記載例）

様式第1号

令和7年4月20日

申請書の提出日をご記入ください。

（宛先）福岡市長

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）
フリガナ（　●●●●●
社会福祉法人　●●●●●
理事　●●　●●
代表者印 印

申請者の電話番号　092－711－●●●●

福岡市フッ化物洗口事業補助金交付申請書

補助金を申請する年度をご記入ください。

令和　7　年度福岡市フッ化物洗口事業補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

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 電話番号（ 092－711－●●●● ）
担当者名	

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　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	50	人	週5回法
5歳児クラス	12	ヶ月	50	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。

3　交付申請額

70,120　円　【計算式】（A）/12×（（B）×765円）※10円未満切り捨て

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。

4　福岡市フッ化物洗口事業補助金要綱第4条に基づく同意

☑　下記の内容に同意します。

申請者は、市税に係る徴収金（市税及び延滞金）に滞納がないこと及び課税情報の確認にあたり、税務担当課に本申請書が開示され、市税等の課税状況及び納付状況の照会がされることについて同意します。

下枠内をご確認のうえ、チェックをお願いします。

5　福岡市フッ化物洗口事業補助金要綱第16条に基づく同意

☑　下記の内容に同意します。

申請者は、本件申請にあたり市に提出した個人情報について、市がこの補助金からの暴力団排除のため福岡県警察への照会確認に使用することに同意します。また、申請人が暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者に該当したとき（申請人が法人である場合、当該法人の役員が暴力団員に該当したときを含む。）は、市がこの補助金を交付しないこと、又は補助金の交付の決定を取り消すことについて同意します。

下枠内をご確認のうえ、チェックをお願いします。

音楽にあわせてフッ素うがいができる曲が入ったＣＤ「ゴシゴシデンターマン」を、1施設2枚を限度に現物支給します（1施設1度限り）

○補助金外の支援

（1）音楽CD交付　2枚希望する　・　1枚希望する　・　希望しない

（2）市から指示書交付　要　・　不要

※園医等から交付を受けられない場合に福岡市より交付いたします。

薬品の購入時に医師の指示書が必要です。園医等、市以外から指示書の交付を受けられる園は「不要」としてください。