

(様式第2号)

記載例

結核予防費事業実績書
定期健康診断所要額内訳

補助基準表の金額を
ご記載ください。

(ア) ※赤枠以外は記載不要です。

(単位:円)

区 分		(A) 実 施 人 員				(B) 総事業費	(C) 寄付金 その他の 収入額	(D) 差引額 (支出予定額) [(B)-(C)]	(E) 補 助 基 準 単 価	(F) 補助基準 単価によ る算定額 (A)×(E)	(G) 補助基準額 (D)か(F)か、い ずれか少ない 方の額	備 考
		高等学 校 (注1)	左記以外 の学校 (注1)	施設 (注2)	計							
定期健康診断	X線(直接)撮影				0			0		0	0	
	寝たきり者X線(直接)撮影				0			0		0	0	
合 計		0	0	0	0	0	0	0		0	0	

健康診断実施機関名

(注)実施人員

(注1)学校における定期健康診断の実施人員は、高校以降(修業年限が1年未満のものを除く)の学生又は生徒に対して、**入学した年度において一回実施した人員。**

(注2)施設における定期健康診断の実施人員は、社会福祉法第二条第二項第一号及び第三号から第六号までに規定する施設に**収容されている65歳以上の者(その年度に65歳となる者を含む)に対して、年度内において一回実施した人員。**

(注)(F)補助基準単価による算定額は、(E)補助基準単価に(A)実施人員を乗じた額。

(様式第1号)交付申請書の
「1 申請金額」となります。



(イ)

(単位:円)

種 別	(B) 総 事 業 費	(C) 寄付金その他の 収 入 額	(D) 差 引 額 [(B)-(C)]	(F) 補助基準単価 による算定額	(G) 補助基準額	補助金所要額 (G)×2/3	備 考
定期健康診断費	0	0	0	0	0	0	

(注)(B),(C),(D),(F),(G)欄の金額は、(ア)の(B),(C),(D),(F),(G)の合計欄と一致すること。

(円未満の端数は切り捨て)