

(様式第2号)

令和4年度結核予防費補助金 事業実績書

- 1 設置主体 _____
2 施設・学校名 _____ (施設の種類 _____)
3 担当者氏名 [所属] _____ (連絡先) 電 話 _____
[氏名] _____ F
4 健康診断の委託機関 _____
5 精算額調

**※(H)差引額が「増額(プラス)」
または「(G)交付決定額 の20%以上の減額(マイナス)」となる場合
実績報告前に変更申請が必要となります。**

区 分	(A)総事業費	(B)寄付金 その他の 収入額	(C)差引額 (支出額) [(A)-(B)]	(D)交付基準 額による 算定額	(E)補助基準額 [(C)と(D)を比 較して少ない方 の額]	(F)補助金 精算額 [(E)×2/3]	(G)補助金 交付決定額	(H)差引額 [(F)-(G)]
健康診断費			0円	0円	0円	0円		0円

6 精算額内訳書

内 訳	補助基準 単価	定期健診 対象者	実施実人員	(A)総事業費	(B)寄付金 その他の 収入額	(C)差引額 (支出額) [(A)-(B)]	(D)交付基準 額による 算定額	(E)補助基準額 [(C)と(D)を比 較して少ない方 の額]	(F)補助金 精算額 [(E)×2/3]
間接撮影 (100mmマニカメラ)	506 円						0円		
X線 (直接) 撮影	1,100 円						0円		
寝たきり者用X線 (直接) 撮影	1,767 円						0円		
かくたん検査	3,839 円						0円		
X線 (直接) 撮影+かくた ん検査	4,939 円						0円		
合 計		0人	0人	0円	0円	0円	0円	0円	0円

※変更申請をした場合
定期健診対象者・実施実人員は、
当初の申請内容ではなく、変更
申請時の人数と同じ人数を記載
してください。

※青いセルには計算式が入っていますので、入力は不要です。

注1 F欄は小数点以下切り捨てのこと。

2 精算額調及び精算額内訳書の(A)～(F)それぞれの欄の合計額は一致すること。