

(様式第2号)

令和8年度結核予防費補助金 実施計画書(変更申請用)

1 設置主体

2 施設・学校名

(施設の種類

)

3 担当部署・担当者氏名【担当部署】

【氏名】

(連絡先 電話

FAX

)

4 健康診断の委託機関先

5 所要額及び所要額内訳

区 分		補助基準 単価	定期健診 対象者 (注1)	実施予定 人員	(A) 総事業費	(B) 寄付金 その他の 収入額	(C) 差引額 (支出予定額) [(A)-(B)]	(D) 交付基準額に よる算定額(注2)	(E) 補助基準額 [(C)と(D)を比較し て少ない方の額]	(F) 補助金 所要額 [(E)×2/3]
健康診断 (注3)	間接撮影(100mmミラーカメラ)	506 円						(0) 0		
	X線(直接)撮影	1,320 円						(0) 0		
	寝たきり者用X線(直接)撮影	1,821 円						(0) 0		
	かくたん検査	3,839 円						(0) 0		
	X線(直接)撮影+かくたん検査	5,159 円						(0) 0		
合 計			(0)人 0人	(0)人 0人		(0)円 0円	(0)円 0円	(0)円 0円	(0)円 0円	(0)円 0円

※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 当該補助金の対象者

施設においては全入所者のうち、65歳となる年度に属する者以上(救護施設入所者は、20歳となる年度に属する者以上)が対象である。

市町村長の実施する結核検診を受診した場合、及び通所者は対象とならないので留意のこと。

学校においては、全生徒(学生)のうち、入学した年度に属する生徒が対象となる。

注2 交付基準額による算定額欄(D)は、補助基準単価に実施予定人員を乗じた額となり、(F)欄は小数点以下切捨となる。

注3 黄色セル(各項目上段)には当初計画を記載し、変更内容を無色セル(下段)に記載すること。