

(様式第 2 号)

令和 7 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

3 担当者氏名

4 健康診断の委託機関

5 精算額調

(施設の種類)

(連絡先) 電 話

[所属]

[氏名]

F A X

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		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ミラーカメラ)	506 円						0円		
X線 (直接) 撮影	1,210 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	5,049 円						0円		
合 計		0人	0人	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。黄色セルに入力ください。

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。