

(様式第2号)

令和7年度結核予防費補助金 実施計画書

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及び実施予定年月日 【委託機関】 (令和 年 月 日 実施予定)

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			/	/	/		/	/
	X線 (直接) 撮影	1,210 円								
	寝たきり者用X線 (直接) 撮影	1,767 円								
	かくたん検査	3,839 円								
	X線 (直接) 撮影+かくたん検査	5,049 円								
合 計			人	人	円	円	円	円	円	円
						0				0

※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 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 健康診断の各区分の検査対象は、別紙補助基準表による。