

令和5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 _____) 書類作成者について記入
- 3 担当部署・担当者氏名【担当部署】 _____ 【氏名】 _____ (連絡先 電話 _____ F A X _____)
- 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	()	()	/	/	/	()	/	/
	X線(直接)撮影	1,100 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	4,939 円	()	()				()		
合 計			()人	()人	()円	()円	()円	()円	()円	()円

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

記載漏れ注意！！