令和４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（100㎜ﾐﾗ－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。