

(様式第2号)

令和4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 _____ (施設の種類 _____)
- 3 担当者氏名 [所属] _____ (連絡先) 電 話 _____
 [氏名] _____ F A X _____
- 4 健康診断の委託機関 _____

5 精算額調

| 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 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 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マラーカメラ) | 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 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。