

結核予防費補助金調書

申請者（施設設置者名）	施設名	結核健康診断実施完了（予定）年月日
記入担当者	連絡先	令和 年 月 日

結核健康診断事業計画及び所要額内訳

区 分		実 施 対 象 人 員	一次検診（医療機関実施分）			実支出（予定）額合計（円）	収入予定額（円）	備考	
			間接撮影		直接撮影				
			70mm	100mm	直接のみ				
実施人員	学生・生徒	人	人	人	人	/	/		
	施設の入所者	人	人	人	人	/	/		
補助対象合計		人員	人	人	人	人	/	/	
		実支出（予定）額	円	円	円	円	円	円	
学校・施設の職員等 <u>（補助対象外）</u>		人員	人	人	人	人	/	/	
		実支出（予定）額	円	円	円	円	円	円	
合 計		人員	人	人	人	人	/	/	
		実支出（予定）額	円	円	円	円	円	円	

※ 1人の対象者に対し2回健康診断を行った場合でも、対象となるのは1回のみです。

※ 収入予定額は、結核健康診断事業について補助金以外の収入がある場合に記入してください。

(注) 1 補助対象者は次のとおりです。

- ・ 生徒・学生 → 入学年度のみ
- ・ 施設の入所者 → 65歳以上の者（当該年度に65歳に達する者を含む）

(注) 2 精密検査については補助対象外となります。