

大阪市長 様

〒

所在地

名称

代表者の氏名

担当者名(窓口)

電話番号

FAX

E-mail

結核定期健康診断補助事業計画内訳書

学校・施設名	学校	在籍人員(新1年生)	人
		在籍人員(全学年)	人
	施設	在籍人員	人
補助事業の開始予定及び完了予定日			
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

区 分	㊤ 事業支出予定額			㊥ 補助基本額(予定額)		
	補助対象 実施人員	予定単価	金 額	補助対象 実施人員	補助単価	金 額
間接 撮影	レンズカメラ	人	円	人	81 円	円
	ミラー				97	
	カメラ				125	
直接撮影					131	
精密検査(事後措置)					131	
合 計			円			円

㊤ 事業支出予定額	金	円
㊥ 補助基本額(予定額)	金	円
㊦ 寄付金その他の収入額(予定)	金	円
㊧ 補助対象予定額	(㊤ - ㊦) と ㊥ を比較して少ない額)	金	円
㊨ 補助申請予定額	(㊧ × 2/3、1円未満切捨)	金	円

交付決定金額に係る変更を申請する場合は、その理由を記入すること。

理由: _____