

〔様式E〕

令和 年 月 日

大阪市長 様

$$\equiv$$

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実績内訳書

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

補助事業の開始及び完了日

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

区 分			㊦ 事業支出額			㊧ 補助基本額		
			補助対象 実施人員	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	円	人	81 円	円
	ミラー	70mm					97	
	カメラ	100mm					125	
直 接 撮 影							131	
精密検査(事後措置)							131	
合 計			円			円		

① 事業支出額 金 円

⑮ 補助基本額 金 円

③ 寄付金その他の収入額 金 円

④ 補助対象額 (① - ③ と ② を比較して少ない額) 金 円

⑤ 補助申請額 (④×2/3、1円未満切捨) ----- 金 円