

[様式C]

令和 年 月 日

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<br>実施人員 | 予定単価 | 金 額 | 補助対象<br>実施人員 | 補助単価 | 金 額 |
| 間接<br>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   |

㊤ 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: