

〔様式F〕

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

㊦ 事業支出額

金

円

㊧ 補助基本額

金

円

㊨ 寄付金その他の収入額

金

円

㊩ 補助対象額 (㊦ - ㊨ と ㊧ を比較して少ない額)

金

円

㊪ 補助申請額 (㊩ × 2 / 3、1円未満切捨)

金

円