

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   | 人             | 81 円 | 円   |
|             | ミラー          | 70 mm  |     |               | 97   |     |
|             | カメラ          | 100 mm |     |               | 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 |

在籍人員 (学校は在籍人員 (新1年生)) と補助対象実施人員に差異が生じる場合は、その理由を記入すること。

理由: \_\_\_\_\_