様式第２号

補　助　事　業　内　容　説　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

１　結核健康診断の実施日　　　　　　　令和　　年　　月　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　令和　　年　　月　　日まで

２　実績及び実施成績

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区  分 | 種　　　　別 | | | 補助対象人数※(実受診人数)(人) | | | 補助基準額（円） | | 対象経費実支出額（円） |
| 高 校 生 | そ の 他 | 計（Ａ） | 基準単価(B) | (A)×(B) |
| 健  康  診  断 | 間接撮影 | | 医療  機関 |  |  |  | 506 |  |  |
| 直接撮影 | |  |  |  | 1,767 |  |  |
| 合　　　　　　　計 | | | |  |  |  | ― |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |
| 対象人数（人） 　（C） | | | |  |  |  |  |
| 実受診人数（人） （D） | | | |  |  |  |
| 受診率（％）〔(D)/(C)〕 | | | |  |  |  |
| 患者  発見  状況 | | 結核患者 | |  |  |  |
| 結核発病の恐れのある者 | |  |  |  |

※ 補助対象人数＝今年度入学した学生及び生徒