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