様式第２号

補　助　事　業　内　容　説　明　書

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）
		（A）	基準単価(B)	(A)×(B)	
健康診断	間接撮影 直接撮影 デジタル撮影		506		

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＝令和８年度６５歳以上の入所者