

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				505		
	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