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 | |  | | | 503 |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
| 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５年度６５歳以上の入所者