

(注) 代表者印の押印を省略する場合、手書きの記載は一切不可
手書きで発行責任者(および担当者)の記載は、押印省略の場合には認められ
ませんのでご注意ください。
手書き部分がある場合には、代表者印の押印をお願いします。

令和6年3月31日

石川県知事 様

所在地
名称
代表者氏名

開設者(代表者)の
住所、名称、氏名を記載
下部の発行責任者、担当者を記
載することで押印を省略するこ
とが可能です。(注)

令和5年度結核予防事業実績報告書

令和6年2月29日付健第3615号により補助金交付決定の通知があった結核
予防事業を下記のとおり実施したので、石川県補助金交付規則及び石川県結核予防事
業補助金交付要綱の規定により関係書類を添えて報告します。

記

- | | |
|----------------|------------------------------|
| 1 事業の目的 | 結核健康診断のため |
| 2 事業の内容及び経費の区分 | 別紙第1のとおり |
| 3 事業実績の概要 | 別紙第2のとおり |
| 4 事業実施時期 | 開始 令和5年4月 1日
完了 令和6年3月31日 |
| 5 精算額内訳 | 別紙第3のとおり |
| 6 添付書類 | 歳入歳出決算見込書(抄本) |

発行責任者と担当者は苗字だけ
でなく、氏名をフルネームで記
載してください。

※発行責任者と担当者は同一で
も構いません。

<発行責任者>
役職又は所属：
氏 名：
T E L：

<担当者>
役職又は所属：
氏 名：
T E L：

この様式については、学校、施設ごとに作成してください。

別紙第1 事業の内容及び経費の配分

事業内容	経費	
結核健康診断	1 精算額	100000 円
	2 収入額	0 円
	3 差引額	100000 円
	4 算定基準額	50600 円
	5 補助基本額(3又は4のいずれか少ない額)	50600 円
	6 補助所要額(5×2/3) ※	33733 円
	7 補助金受入済額	0 円
	8 差引過(△)不足額	33733 円

施設名 _____

7受入済額は0円のため、6と同額を記載ください

※ 「6 補助所要額」において、1円未満の端数がある場合は、切り捨てること。

別紙第2 事業実績の概要

(単位:人)

対象区分	対象人員	受診人員	受診率	医療機関		算定基準額
				間接撮影70ミリ	間接撮影100ミリ	
学校(入学時の学生、生徒)	人	人	%	人	人	円
施設(65歳以上の入所者)	100 人	100 人	100 %	人	100 人	50,600 円
計(人員)	100 人	100 人	100 %	人	100 人	50,600 円

別紙第3 精算額内訳書

計の欄も忘れずに入力ください。

科目	精算額	根拠
健康診断費 需用費 消耗品費 医薬材料費 役務費 通信運搬費 委託料	円 100,000 100,000	1人当たり1,000円×100名=100,000円
合計	100,000	
結核定期検診実施(委託先)機関名		結核定期健診を依頼した医療機関名を記入してください。

令和5年度結核予防事業歳入歳出決算見込書(抄本)

歳入

複数の学校や施設がある場合は、別紙1と異なり、本歳入歳出予算書については、複数施設まとめて1枚で作成してください。

科目	金額
県費補助金	33,733 円
寄付金その他の収入()	0 円
一般財源	66,267 円
計	100,000 円

【歳出】と【歳入】は合計が一致するようにしてください。

歳出

科目	金額
結核予防事業費	100,000 円