

沖縄県知事 殿

交付申請書提出時の氏名・押印と一致させてください。  
法人の場合は、法人名も記入してください。

令和 第 年 月 日

申請者

印

住所

### 結核健康診断事業実績報告書

令和元年（平成31年）度結核健康診断事業補助金について、次のとおり事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

#### 記

1. 結核健康診断事業補助金精算額 金 102,555 円
2. 結核健康診断事業補助金精算書（別紙1）
3. 結核健康診断事業補助金精算内訳書（別紙2）
4. 結核健康診断事業実施成績表（別紙3）
5. 歳入歳出決算（見込）書抄本（別紙4）

別紙1の(F)か(G)のいずれか安い額を記入してください。

注) 用紙の規格は、日本工業規格A4判とすること。

別紙 1

令和元年（平成31年）度結核健康診断事業補助金精算書

区分	(A) 支出額	(B) 収入額	(C) 差引額 (A) - (B)	(D) 算定基準額	(E) 補助基本額 (C) (D) いずれか 少ない額	(F) 補助所要額 $(E) \times \frac{2}{3}$	(G) 補助交付 決定額	(H) 補助受入額	(I) 差引過不足 (△) 額 (F) - (G)	備考
結核予防費	円 185,436	円 0	円 185,436	円 175,740	円 175,740	円 117,160	円 102,555	円 0	円 14,605	
健康診断費	—————									

当行の記入は不要です。

小数点以下は切り捨てです。  
例) 98,648.72 → 98,648円

交付決定通知に記載されていた額を  
記入してください。

別紙2

令和元年（平成31年）度結核健康診断事業補助金精算内訳書

区分	箇所数	対象人数	受診人数	受診率	健康診断						直撮	接影	合計	備考
					間接撮影									
					保健所で実施分			医療機関で実施分						
					レンズカメラ	70mmミラーカメラ	100mmミラーカメラ	レンズカメラ	70mmミラーカメラ	100mmミラーカメラ				
学校	1	人 105	人 101	% 96.2	人	人	人	人	人	人	人	人		
施設														
計	1	105	101	96.2							101	101		
支出済額					円	円	円	円	円	円	円 185,436	円 185,436		
基準額											175,740	175,740		

受診人数 × 基準額

別紙3

令和元年（平成31年）度結核健康診断事業実施成績表

区分 実施対象	該 人 当 員	実 人 施 員	実 施 成 績								か く た ん 検 査 実 施 人 員
			間 接 撮 影 実 施 人 員	直 接 撮 影 実 施 人 員	精 密 検 査				か く た ん 検 査 実 施 人 員		
					精 密 検 査 該 当 人 員	精 密 検 査 実 施 人 員	左 の 内 訳				
							結核発見患者数			発病のおそれ のある者と診 断された者	
新 発 見	既 発 見										
学 校	人 105	人 101	人	人 101	人 0	人 0	人	人	人	人	
施 設											
計	105	101		101	0	0					

別紙 4

令和元年（平成31年）度歳入決算書（抄本）

（単位：円）

区 分	本 年 度	前 年 度	比 較	節		説 明
				区 分	金 額	
補助金収入	102,555	110,200	△7,645	結核予防対策費	102,555	交付決定額

精算額と同じ額を記入してください。

当てはまるものを○で囲んでください。

交付決定額より精算額が低い場合は、○名×○円×2/3=○円で記入してください。

令和元年（平成31年）度歳出決算見込書（抄本）

（単位：円）

区 分	本 年 度	前 年 度	比 較	本年度の財源内訳		節		説 明	
				特 定 財 源		一 般 財 源	区 分		金 額
				補助金					
健康管理費	185,436	174,420	11,016	102,555		82,881	委託費	185,436	101名×1,836円

精算額と同じ額を記入してください。

当てはまるものを○で囲んでください。

上記、令和元年（平成31年）度歳入歳出決算見込書の抄本は、原本と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

申請者名と同じ氏名・住所を記入してください。  
法人の場合は、法人名も記入してください。