

宮崎県知事 ○○ ○○ 殿

住所

実績報告は、  
施設の設置者が  
行ってください。

氏名

(施設名 : )

度結核対策費補助金事

施設・学校名は、  
こちらに記載  
ください。

令和 年 月 日付け

対策費補助金につ け、補助金等の交付に関する規則（昭和39年宮崎県規則第49号）第 条に基づき、あつた結核  
関係書類を添えて報告します。

令和4年度に当県からお送り  
した交付決定通知の日付・  
番号を御記入ください。

添付書類

- 1 結核対策費補助金精算書 (様式第5号)
- 2 定期健康診断精算書内訳 (様式第6号)
- 3 定期健康診断区分別支出明細書 (様式第7号)
- 4 定期健康診断実績表 (様式第8号)
- 5 歳入歳出決算（見込）書 (様式第9号)

令和4年度結核対策費補助金精

0を記載ください。

区分	(A) 総事業費	(B) 収入額	(C) 差引額 (A)-(B)	(D) 対象経費 の実 支出額	(E) 基準算定額	(F) 選定額 (D)(E)の いずれか 少ない額	(G) 県費補助 基本額 (C)(F)の いずれか 少ない額	(H) 県費補助 所要額 (G)×2/3	(I) 県費補助 交付額	(J) 県費補助 受入額	(K) 差引過不足(△)額 (J)-(H)
結核対策費											

(注) 県費補助申請額が0の場合は、(D)～(F)は0を、(H)～(K)は切り捨てること。  
 (D) = 歳入歳出決算の支出の決算額  
 (H) = 歳入歳出決算の歳入の決算額

0の場合も0を必ず御記入ください。

交付決定通知の額を記載ください。

△をつけてH欄の金額を記載ください。

令和4年度定期健康診断精算書内訳

区 分	対象人員 (人)	受診人員 (人)	受診率 (%)	間接撮影 100割 (人)	直接撮影 (人)	デジタル撮影 (人)	喀痰検査 (人)	合計金額							
大学・専門学校 短大・専攻科等															
高 校 生															
施設入所者															
合 計															
支出額 (円)								(円)							
補助基準単価 (円)															
基準単価による 算定額 (円)															

※ 「支出額」合計は、様式第5号の対象経費実支出額(D)と一致すること。  
 「基準単価による算定額」の合計は、様式第5号の基準算定額(E)と一致すること。

令和4年度定期健康診断区分別支出明細書

予算科目	支払月日	債権者	支払内訳 単価×人員 または数量	間接撮影 100割 (円)	直接撮影 (円)	デジタル撮影 (円)	喀痰検査 (円)
合 計							

合計の欄も必ず記載ください。

※ 細節毎に小計し節で合計する。  
合計は様式第5号の対象経費実支出額(D)と一致すること。



様式第9号（第8条関係）

令和4年度 歳入歳出決算書抄本（関係分抜粋）

歳入

科 目	決 算 額	摘 要
合計		

歳出

科 目	決 算 額	摘 要
合計		

合計も必ず御記入  
ください。

合計も必ず御記入  
ください。

上記決算（見込）書抄本は原本と相違ありません。

年 月 日

かがみ文と同じ

〇〇市□□町△△番地  
☆☆法人★★会  
理事長 ○○ ○○