様式第２号（第９条関係）

　　　　年度　結核予防対策事業補助金総括表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助事業 | 結核に係る定期健康診断 | | 団体の名称 |  | | |
| 施設等の  名称 | 補助事業に要  した実支出額  ①  　　　　　円 | 寄附金その  他の収入額  ②  　　　　円 | 補助対象経費  （①－②）  ③  　　　　　円 | 基 準 額  ④  　　　　　円 | 算定の基礎  となる額  ⑤  　　　　　円 | 補助金額  （⑤×２／３）  ⑥  　　　　　　円 |
|  |  |  |  | 様式第３号  基準額の合計 | ③と④を比較して  少ない方の額 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |

記入上の注意

１　①の欄には、結核予防対策事業補助金実施対象別・種目別支出額及び基準額算出表（様式第３号）の実支出額計欄の合計を、④の欄には、同様式の基準額の欄の合計を記入してください。

２　⑥の欄の金額は、円未満を切り捨ててください。

３　対象施設が複数の場合は施設ごとに段を分けて記入し、⑤の欄には③の合計と④を比較していずれか少ない方の額を記入してください。