

令和7年度 保健衛生施設等設備整備計画総括表

記入例

施設種別(マンモグラフィ検診実施機関)

区分	県	施設名	設置主体	総事業費	寄付金	差引額	基準額	対象経費の	選定額	県または	県または	国庫補助	補助	国庫補助	予算	備考
					その他					市の負担	市の負担			基本額		
					収入額	(A)-(B)=(C)	(D)	支出予定額	(F)	(補助)基本額	(補助)額	(I)	(J)	(I)×(J)=(K)	状況	
直 接 補 助	埼玉県	□□病院	医療法人○○ 会	1,300,000	0	1,300,000	16,200,000	1,300,000	1,300,000	/	/	1,300,000	1/2	650,000	なし	
計	-	-	-	1,300,000	0	1,300,000	16,200,000	1,300,000	1,300,000	0	0	1,300,000	-	650,000	-	-

申請台数
×単価
(税込)

なければ「0」と記入

なければ「なし」と記入

※国庫補助所要額(K)については、千円未満切り捨てとする。