

令和8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 その他 収入額	差引額	基準額	対象経費の 支出予定額	選定額	県または 市の負担 (補助) 基本額	県または 市の負担 (補助)額	国庫補助 基本額	補助 率	国庫補助 所要額	予算 措置 状況	備考
				申請台数 ×単価 (税込)	(B)	(A)-(B)=(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(J)	(I)×(J)=(K)		
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	—	—

※国庫補助所要額(K)については、千円未満切り捨てとする。