

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	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	県または 市の負担	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
					その他の 収入額					(B)	(A)-(B)=(C)					
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。