精算額総括表

様式３－１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助事業 | 結核に係る定期健康診断 | | 法人名 | |  | | | |
| 学校・施設名 | 対象経費の  実支出額  ①円 | 寄付金その他  の収入額  ②円 | 補助対象経費  （①－②）  　③円 | 基準額  ④円 | 補助基本額  ⑤円 | 補助金額  （⑤×2／3）  ⑥円 | 既交付決定額  ⑦円 | 過不足額  （⑦－⑥）  　　⑧円 |
|  |  |  |  | 実施対象別種目別支出額及び基準額算出表（完了報告）の実支出額計の合計 | ③と④を比較して少ない方の額 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

記入上の注意

１．①は、実施対象別種目別支出額及び基準額算出表（完了報告）の実支出額計の合計と一致するように、④は、同様式の基準額の合計を記入して

ください。

　　２．⑥は、１円未満の端数は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。