

補助金・交付金 チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	道南銀鈴会運営補助金	開始 年 度	昭和59年度
----------------	------------	-----------	--------

団 体 名	道南銀鈴会
-------	-------

助成の根拠既定等 (条例・規則・要綱等)	地方自治法第232条の2による
-------------------------	-----------------

○補助事業の内容および目的・効果

内 容	身体障害者の社会復帰のため、関係機関等との交流、相互親睦および協力を努めるとともに、食道発声、人工喉頭の研修上達、研究および指導に励み、また本会の発展を図ることを目的に次の事業を実施する。 1、月4回の食道発声、電気式喉頭発声訓練教室の開催 2、年2回の特別発声訓練教室の開催 3、他団体主催の研修会への参加 4、各病院の患者の慰問激励 5、日本喉頭者団体連合会定期総会・理事会への参加
目 的	(目 的) 疾患等により声を失った方々に対し、食道発声、人工喉頭による発声訓練、技術習得に関する研究および指導をもって福祉の増進を図る。
・ 効果	(効 果) 声を失った障がい者の方々に対し、有効な訓練を行うことにより、発声の機能回復が図られる。

○補助事業の収支状況

(単位：千円)

	年 度	助 成 金		事業収入	会 費	繰越金		計
		市	その他					
収 入	23	50	350	268	132			800
	24	50	350	265	135			800
	25	50	350	247	123			770
	26	50	350	240	120			760
	27	50	350	252	108			760
	支 出	年 度	人件費	事務費	事業費	上部団体 負担金等	雑費	
23		0	269	364	67	100		800
24		0	260	371	66	103		800
25		0	213	401	65	91		770
26		0	226	398	44	92		760
27		0	211	381	64	104		760

補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	道南銀鈴会運営補助金
----------------	------------

○基本的視点の再チェック

	基本的視点	適	不適	説明
1	公益性 (明確な公益性があるか) ①広く市民生活の向上に貢献する事業 ②市民ニーズが高い事業	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喉頭摘出手術を受けた者に対する発声訓練の研究および指導をもって福祉の増進を図る。 声を失った障がい者に対し、有効な訓練を指導することにより発声機能の回復が図られる。 発声訓練等に必要な物品販売等に取り組んでいる。 障がい者の社会参加・自立更生などの向上に寄与している。
2	必要性 (補助しなければならない事業であるか)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	自主性 (自主自立に向け努力しているか)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	有効性 (他の手法ではなく補助することが、施策目的実現に最適か)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※適・不適であっても、説明欄は必ず記載してください。

○財政的視点のチェック

	財政的視点	不適	不適の場合の理由と今後の対応について
1	積算内訳は、前年踏襲となっていないか	<input type="checkbox"/>	
2	補助金等の使途は適切である	<input type="checkbox"/>	
3	積算基準は定められている	<input checked="" type="checkbox"/>	定額の補助金であることから、積算基準は定められていない。今後、全庁的な整理の中で基準の設定について検討していく。
4	補助割合は、補助対象経費の1/2以内である	<input type="checkbox"/>	
5	前年度繰越金は生じていないか	<input type="checkbox"/>	
6	自主財源の確保に努めている (最低でも前年度の収入を確保しているか)	<input type="checkbox"/>	
7	経常経費の節減に努めているか	<input type="checkbox"/>	

※不適の場合は、説明欄に必ず記載してください。

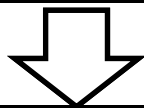
補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	道南銀鈴会運営補助金
----------------	------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)
発声教室の開催, 広報活動, 研修会参加等
(達成状況)
これらの活動を継続的に行うことにより, 発声機能を喪失した障がい者を支え, 食道発声や電子喉頭による発声等の技術習得への一助となっている。

※継続事業は, 直近の実績 新規事業は, 効果のみ記載してください。



(評価)	(理由)
十分効果をあげている <input type="checkbox"/> 一定の効果をあげている <input checked="" type="checkbox"/> 効果が疑問である <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	発声訓練や研修会などを通じて, 発声機能を喪失した障がい者の社会復帰を推進している。

○今後の方向性

<input type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続 <input checked="" type="checkbox"/> 見直したうえで補助を継続 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> その他	(見直しの内容) 補助金交付先団体の収支状況を再確認し, 補助金の縮減に努めるとともに, 全庁的な整理の中で, 積算基準の設定について検討する。 (見直しの時期) 平成30年度
(廃止の理由) (廃止の時期)	(その他の内容)

○終期の設定

終期設定	<input type="checkbox"/> 終期到来により廃止 <input checked="" type="checkbox"/> 終期到来時に再検討	次回チェック年度(予定)
平成 30 年度		平成 30 年度