

# 補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	結核予防費補助金	開始 年 度	平成17年度
----------------	----------	-----------	--------

団 体 名	私立学校12校, 社会福祉施設16施設
-------	---------------------

助成の根拠規定等 (条例・規則・要綱等)	・感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（国） ・函館市補助金等交付規則 ・函館市結核予防費補助金交付要綱
-------------------------	---

## ○補助事業の内容および目的・効果

内 容	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の2第1項の規定に基づく定期の健康診断で、学校の長または施設の長が行う事業に対し、補助金を交付する。
目 的	(目的) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を定めることにより、感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的とする。
・ 効果	(効果) 結核患者の早期発見・早期治療及び結核のまん延防止に寄与することができる。

## ○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	雑収入	計
		市	その他					
収     入	23	439					219	658
	24	498					249	747
	25	415					207	622
	26	438					219	657
	27	433					217	650
	支     出	年 度	人件費	事務費	事業費	上部団体 負担金等		
23		656						656
24		747						747
25		622						622
26		657						657
27		650						650

# 補助金・交付金 チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	結核予防費補助金
----------------	----------

## ○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"/>	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第53条の2において規定されている事業者、学校等における結核に係る定期健康診断の実施に要する費用を補助することにより結核の早期発見・まん延防止が図られ、広く市民の健康保持に貢献する事業である。
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"/>	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第60条において補助するものと定められている。
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"/>	自主自立を促す補助金ではない。
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"/>	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第60条において補助するものと定められている。

※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 type="checkbox"/>	
4	補助割合は、補助対象経費の1/2以内である	<input checked="" type="checkbox"/>	「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」第60条において2/3補助と定められており、変更の予定はない。
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。

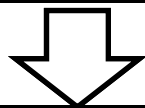
# 補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	結核予防費補助金
----------------	----------

## ○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)
助成開始の平成17年度より当市において補助団体における結核の集団発生は起きていない。
(達成状況)
平成27年度実績：私立学校 8校 社会福祉施設 10施設

※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"/>	助成開始の平成17年度より当市において補助団体における結核の集団発生は起きていない。
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"/>	

## ○今後の方向性

<input type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続	→ (見直しの内容)
<input type="checkbox"/> 見直したうえで補助を継続	
<input type="checkbox"/> 廃止	
<input checked="" type="checkbox"/> その他	
(廃止の理由)	(見直しの時期)
(廃止の時期)	(その他の内容)
	国の制度の改正に合わせて見直しを検討する。

## ○終期の設定

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