

補助金・交付金チェックシート(No.1)

補助金名 (交付金名)	病児保育事業運営費補助金	開始 年 度	平成24年度
----------------	--------------	-----------	--------

団 体 名	医療法人あそべの森 あんざいクリニック
-------	---------------------

助成の根拠規定等 (条例・規則・要綱等)	国) 子ども・子育て支援交付金交付要綱 市) 函館市病児保育運営費補助金交付要綱
-------------------------	--

○補助事業の内容および目的・効果

内 容	0歳児から小学校6年生までの病気(感染症を含む)により自宅での保育が困難な児童を施設において一時的に保育する経費の補助。1日4人まで 補助金額:基本分2,417,000円 加算分6,294,000円(年間利用人数400人以上600人未満) 改善分2,417,000円 低所得者加算分2,000円×延利用人数 保護者負担金:1日 2,000円 半日 1,500円 10分延長につき200円
目 的	(目的) 保護者が就労している場合等において、子どもが病気の際に自宅での保育が困難な場合に、病気の子どもを一時的に保育することにより、児童福祉の向上を図る。
・ 効果	(効果) 児童が病気の場合に必要な施策で病児保育のニーズは高く、保護者の就労等との両立が図られる。

○補助事業の収支状況

(単位:千円)

	年 度	助 成 金		事業収入	自己資金			計
		市	その他					
収 入	25	8,851		640	3,009			12,500
	26	8,851		668	5,750			15,269
	27	11,308		660	2,317			14,285
	28	9,201		629	30			9,860
	29	11,267		755	802			12,824
	支 出	年 度	人件費	事業費				
25			12,500					12,500
26		13,305	1,964					15,269
27		12,321	1,964					14,285
28		8,451	1,409					9,860
29		11,270	1,554					12,824

補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	病児保育事業運営費補助金
----------------	--------------

○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"/>	感染症などに罹患し、病気の回復期に至っていない小学校6年生までの子どもを預けることができる病児保育は、市民ニーズの高い、必要な事業であり、公益性が高い。(国の補助基準に基づき補助している)
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"/>	施設における受入人数では、補助なしでの運営は厳しいものがあることから、安定して経営するためにも、補助は必要である。
3	自主性 (自主自立に向け努力しているか)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保護者負担の上乗せを求めず、自立した運営が困難な事業であることから、自主性の視点は、当該事業には合致しない。
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"/>	当該事業の運営に対する支援であり、補助が最も適切な方法である。

※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"/>	国の補助基準に基づき補助しているが、施設に看護師や保育士の人件費としてかなりの持ち出しをさせており、補助対象経費の1/2以内にならないものである。
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)	病児保育事業運営費補助金
----------------	--------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)	
利用児童件数	
(達成状況)	
平成25年度	415件
平成26年度	427件
平成27年度	410件
平成28年度	352件
平成29年度	421件

※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 checked="" type="checkbox"/> 一定の効果をあげている <input 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 checked="" type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続 <input 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) (見直しの時期)
(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 32 年度		32