

補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	函館市身体障害者福祉団体連合会補助金	開 始 年 度	昭和29年度
----------------	--------------------	------------	--------

団 体 名	一般社団法人 函館市身体障害者福祉団体連合会
-------	------------------------

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
-------------------------	--------------

○補助事業の内容および目的・効果

内 容	障がい者の文化・レクリエーション活動あるいはスポーツ活動等の各種行事・研修や障がい者同士の交流，社会活動促進事業等の運営事業を補助する。
目 的	(目 的) 函館市に居住する身体障がい者の福祉増進と援護の強化を図り，その更生に寄与する。
・ 効 果	(効 果) 身体障がい者の社会参加の促進と相互交流が図られる。

○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	寄付金	計
		市	その他					
収 入	23	3,000	930	11,049	183	0	0	15,162
	24	3,000	830	8,781	177	26	0	12,814
	25	3,000	660	8,606	164	0	0	12,430
	26	3,000	710	6,820	169	0	0	10,699
	27	3,000	560	6,507	163	0	0	10,230
	支 出	年 度	人件費	事務費	事業費	上部団体 負担金等	雑費	予備費
23		2,720	3,472	8,083	229	100	0	14,604
24		2,703	2,492	7,316	248	55	0	12,814
25		3,862	1,128	7,166	212	62	0	12,430
26		3,292	1,049	6,087	216	60	0	10,704
27		3,072	982	5,913	196	67	0	10,230

補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	函館市身体障害者福祉団体連合会補助金
----------------	--------------------

○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"/>	地域福祉を推進する中核団体であり、障がい者基本計画に適合している。	
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"/>		身体障がい者の社会参加・自立更生等の福祉活動の促進事業を担っている。
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"/>		市営函館競輪場売店事業、自動販売機設置事業をおこない、努力している。
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"/>	当事者団体であり、障がい者自らの社会参加・自立更生の向上に寄与しているため、補助することが最適である。	

※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 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 checked="" type="checkbox"/>	自主財源である事業収入および会費が年々減少し、市からの補助金の割合が大きくなってきていることから、事業の実施内容の見直しを行うよう指導する。
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。

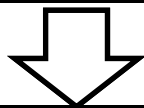
補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	函館市身体障害者福祉団体連合会補助金
----------------	--------------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)
福祉推進事業の実施
(達成状況)
福祉センターまつり, 身体障害者レクリエーション・スポーツ大会, 障害者福祉大会等の福祉推進事業の実施

※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"/>	障がい者の社会参加の促進と福祉の向上が図られている。

○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) 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
<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	
(廃止の理由)	(その他の内容)
(廃止の時期)	

○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