

補助金・交付金チェックシート (No.1)

補助金名 (交付金名)	函館手をつなぐ親の会運営費補助金	開 始 年 度	昭和42年度
----------------	------------------	------------	--------

団 体 名	特定非営利活動法人函館手をつなぐ親の会
-------	---------------------

助成の根拠既定等 (条例・規則・要綱等)	函館市補助金等交付規則
-------------------------	-------------

○補助事業の内容および目的・効果

内 容	会報の発行, 他団体との交流, 親睦会, 学習会, 施設見学会等
目 的 ・ 効 果	(目 的) 知的障がい者(児)に対する更正援護対策の一環として, 団体に助成し, その充実を図る。
	(効 果) 知的障がい者(児)およびその家族を守り, その福祉増進が図られる。

○補助事業の収支状況

(単位: 千円)

収 入	年 度	助 成 金		事業収入	会 費	繰越金	寄付金・ 雑収入	計
		市	その他					
	23	494	81	11	553	100	50	1,289
	24	494	149	51	533	100	5	1,332
	25	494	102	18	503	94	5	1,216
	26	494	126	73	479	76	3	1,251
	27	440	110	82	381	67	255	1,335
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	132	876	139	42		1,189
	24	0	148	903	139	48		1,238
	25	0	100	848	149	44		1,141
	26	0	148	863	142	31		1,184
	27	0	258	836	142	34		1,270

補助金・交付金チェックシート (No.2)

補助金名 (交付金名)	函館手をつなぐ親の会運営費補助金
----------------	------------------

○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 checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	知的障がい児・者および家族を守り、その方々の福祉増進を図り、社会を明るくすることに寄与している。
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"/>	知的障がい児・者の福祉の推進を図るうえで重要である。
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"/>	会員増への取り組みや資金を集めるための催事の開催に取り組んでいる。
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"/>	障がい者 (児) の社会参加、福祉増進などの向上に寄与している。

※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 checked="" type="checkbox"/>	継続して安定した運営を行うための必要最低限の補助金額であることから、前年踏襲となっているが、運営状況の確認や指導に努めていきたい。
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 checked="" type="checkbox"/>	経費削減に努めた結果であるが、今後予算のあり方等について確認していきたい。
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。

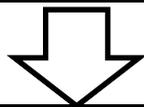
補助金・交付金チェックシート (No.3)

補助金名 (交付金名)	函館手をつなぐ親の会運営費補助金
----------------	------------------

○補助効果の検証

(効果測定方法, 具体的な数値等)
研修会の開催, 催事, 広報紙の発行等
(達成状況)
知的障がい者・児への支援や援助への理解と啓発を深め, 知的障がい者・児の福祉の増進が図られている。

※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"/>	知的障がい者・児およびその家族が支え合う場として種々の活動が展開され, 福祉の増進につながっている。

○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