

# 補助金・交付金チェックシート (No.1)

|                |                   |           |        |
|----------------|-------------------|-----------|--------|
| 補助金名<br>(交付金名) | 心身障害者扶養共済制度加入者助成費 | 開始<br>年 度 | 昭和48年度 |
|----------------|-------------------|-----------|--------|

|       |    |
|-------|----|
| 団 体 名 | 個人 |
|-------|----|

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| 助成の根拠規定等<br>(条例・規則・要綱等) | 心身障害者扶養共済制度加入者に対する掛金助成規則 |
|-------------------------|--------------------------|

## ○補助事業の内容および目的・効果

|       |                                                                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 内 容   | 市に居住する加入者が納付した1口目の掛金に対し、規則で定める額を助成する。                                                                          |
| 目 的   | (目 的)<br>障がい者(児)の保護者が死亡したり重度障がい者になったとき、残された障がい者(児)に一定額の年金が支給される心身障害者扶養共済の掛金を助成することにより、加入促進を図り、生活の安定と福祉の増進に資する。 |
| ・ 効 果 | (効 果)<br>障がい者がいる世帯の経済的負担の軽減を図る。                                                                                |

## ○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 | 26  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 27  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 28  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 29  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 30  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     |     |       |     |      |              |     |  |   |
| 支 出 | 年 度 | 人件費   | 事務費 | 事業費  | 上部団体<br>負担金等 |     |  | 計 |
|     | 26  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 27  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 28  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 29  |       |     |      |              |     |  | 0 |
|     | 30  |       |     |      |              |     |  | 0 |

# 補助金・交付金チェックシート (No.2)

|                |                   |
|----------------|-------------------|
| 補助金名<br>(交付金名) | 心身障害者扶養共済制度加入者助成費 |
|----------------|-------------------|

## ○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<br>(明確な公益性があるか)<br>①広く市民生活の向上に貢献する事業<br>②市民ニーズが高い事業 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 障がいのある者に、将来の安心と保障を与えている。                   |
| 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"/> | 保護者が亡くなった場合等において、経済的困窮に陥ることを未然に防ぐことに有効である。 |

※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 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<br>(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<br>(交付金名) | 心身障害者扶養共済制度加入者助成費 |
|----------------|-------------------|

## ○補助効果の検証

|                     |
|---------------------|
| (効果測定方法, 具体的な数値等)   |
| 障がいのある者の世帯の経済的負担の軽減 |
| (達成状況)              |
| H30 実人員 40人 1,222千円 |

※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)<br>十分効果をあげている <input type="checkbox"/><br>一定の効果をあげている <input checked="" type="checkbox"/><br>効果が疑問である <input type="checkbox"/><br>その他 <input type="checkbox"/> | (理由)<br><br>当該制度の掛金の一部を助成することにより, 加入の継続が可能となるため。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

## ○今後の方向性

|                                                                                                                                                        |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 現行のまま補助を継続<br><input type="checkbox"/> 見直したうえで補助を継続<br><input type="checkbox"/> 廃止<br><input type="checkbox"/> その他 | (見直しの内容)<br><br><br>(見直しの時期) |
| (廃止の理由)<br><br>(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<br><input checked="" type="checkbox"/> 終期到来時に再検討 | 次回チェック年度(予定) |
| 令和 3 年度 |                                                                                     | 令和 3 年度      |