

厚木市障がい者歯科診療補助金交付要綱

(補助金の名称)

第1条 補助金の名称は、厚木市障がい者歯科診療補助金（以下「補助金」という。）とする。

(補助金の目的)

第2条 この補助金は、一般社団法人厚木歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）が、厚木市歯科保健センターにおいて障がい者に対する歯科診療を運営することについて、必要な経費の一部を助成することにより、障がい者の歯科診療を確保することを目的とする。

(神奈川県規則等との関係)

第3条 補助金の交付については、補助金の交付等に関する規則（昭和45年神奈川県規則第41号）及び厚木市補助金等交付規則（昭和45年厚木市規則第5号）に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

(補助事業等)

第4条 補助対象者は、歯科医師会とする。

2 補助対象経費は、次に掲げる診療項目のうち、障がい者に対する歯科診療の運営に要する歯科医師手当、歯科衛生士手当、事務員手当及び交通費とする。

- (1) 歯科治療
- (2) 摂食・嚥下機能^{えんげ}発達支援診療
- (3) 口腔衛生指導

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、補助対象経費のうち毎年度予算の範囲内で市長が定めるものとする。

2 前項による補助金の額に千円未満の端数があるときは、その金額を切り捨てるものとする。

(補助金交付の申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする歯科医師会の代表者（以下「申請者」という。）は、補助金交付申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、毎年5月31日までに市長に提出しなければならない。

- (1) 事業計画書（診療所の所在地、名称、診療日、診療時間及び人員体制を含む。）
- (2) 収支予算書

(補助金の決定及び交付)

第7条 市長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査の上、適当と認めるものについて、補助金の額を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により補助金の額を決定したときは、速やかに補助金交付決定通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

3 補助金は、その額の2分の1を6月に、残額を12月の2期に分けて交付するものとする。

る。

(患者取扱い状況等の報告)

第8条 補助金の交付決定を受けた歯科医師会の代表者は、月ごとに患者取扱状況届（診療項目別に集計したもので、様式は任意）を市長に提出しなければならない。

(実績報告)

第9条 補助金の交付を受けた歯科医師会の代表者は、補助事業が完了した日の翌日から起算して30日以内に、事業実績報告書（第3号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に報告しなければならない。

(1) 収支決算書

(2) 事業実績書（診療所の所在地、名称、診療日、診療時間及び人員体制を含む。）

(3) 月別の取扱い患者数を示す書類（総患者数、男女別患者数、初診及び再診別患者数、年齢別（零歳～18歳、19歳～59歳、60歳以上）患者数、地区別患者数並びに障がい及び病名別患者数を明らかにするもの）

(4) 補助金事後評価書

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

第1号様式（第6条関係）

厚木市障がい者歯科診療補助金交付申請書		
		年 月 日
(宛先) 厚木市長		
住所又は所在地 団体名 ふりがな 氏名又は代表者名 生年月日 T.S.H 年 月 日生 性 別 男 ・ 女		
次のとおり申請します。なお、暴力団員でないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部に照会することについて異議ありません。		
1 事業(事務)の名称		
2 施 行 場 所		
3 申 請 金 額 等	申 請 金 額	円
	同上算出基礎	
4 計 画 概 要		
5 事 業 効 果		
6 着手予定年月日	年 月 日	
7 完了予定年月日	年 月 日	
8 添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 事業計画書 <input type="checkbox"/> 収支予算書 <input type="checkbox"/>	

第2号様式（第7条関係）

<p>厚木市障がい者歯科診療補助金交付決定通知書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">厚木市長 印</p> <p>年 月 日付けで申請のあった厚木市障がい者歯科診療補助金については、次のとおり決定したので通知します。</p>	
1	<p>事業（事務） の 名 称</p>
2	<p>補助金交付 決 定 金 額</p> <p style="text-align: right;">円</p>
3	<p>補 助 条 件</p> <p>(1) 補助金は、障がい者に対する歯科診療のために交付するものであり、目的外への使用は一切しないこと。</p> <p>(2) 市の監査を求められたときは、関係書類を提示すること。</p> <p>(3) 不正な方法等により補助金の交付を受けたことが判明した場合や暴力団等に該当すると判明した場合には、補助金交付の決定が取り消され、交付された補助金の全部又は一部の返還を命ずることができるものであること。</p> <p>(4) 補助事業が完了したときは、定められた期限までに事業実績報告書及び収支決算書を市長に提出すること。</p> <p>(5) 補助金の交付時期 6月 12月</p>

第3号様式（第9条関係）

<p>厚木市障がい者歯科診療補助金事業実績報告書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 厚木市長</p> <p style="text-align: center;">住所又は所在地 団 体 名 氏名又は代表者名</p> <p>次のとおり報告します。</p>	
1 事業(事務)の名称	
2 施 行 場 所	
3 事 業 費	円
4 補助金交付決定額	円
5 事業完了年月日	年 月 日
6 実 績 の 概 要 (内容、効果等)	
7 次年度以降の事業の 取組への考え方	
8 添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 収支決算書 <input type="checkbox"/> 事業実績書 <input type="checkbox"/> 取扱い患者数関連書類 <input type="checkbox"/> 補助金事後評価書