

補助金調査・評価シート [制度的補助]

補助金名等			
補助金の名称	通所サービス利用促進事業費補助金	No.	13
予算事業名	介護給付費支給事業		
予算科目	款 03民生費	項 01社会福祉費	目 07自立支援事業費
	節 19負担金補助及び交付金	細々節 02通所サービス利用促進事業費補助金	
部課名	健康福祉部障害福祉課	電話番号	049-251-2711 内線 335

補助金の根拠			
根拠条例等	条例		
	規則		
	要綱	富士見市通所サービス利用促進事業費補助金交付要綱	
	その他	埼玉県通所サービス利用促進事業費補助金交付要綱	
開始年度	平成 19 年度	終期の設定	<input type="checkbox"/> 有(年度まで) <input checked="" type="checkbox"/> 無
補助金の分類	<input checked="" type="checkbox"/> 事業費補助	<input type="checkbox"/> 団体運営費補助	<input type="checkbox"/> イベント等補助
	<input type="checkbox"/> 投資的補助	<input type="checkbox"/> 扶助費的補助	

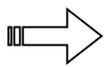
補助金の概要	
目的 (何を対象にどのような成果を得たいのか。)	日中活動サービス及び通所施設における送迎サービスに要する経費の一部に補助金を交付することにより、障害者自立支援法の円滑な施行を図るとともに、障害者やその家族の地域での自立した生活を推進することを目的とする。
導入の経緯 (どうしてこの補助制度を導入しなければならなかったのか。)	障害者自立支援法の施行による制度改正の激変緩和措置の一環として導入された。
対象資格 (対象資格はどのようなものか。)	次の要件を満たす事業所 ①埼玉県及びさいたま市の指定を受けて通所サービスを実施している事業所 ②原則として1回の送迎（外部委託を含む。）につき、平均10人以上が利用し、かつ、週3日以上送迎を実施している事業所
交付内容等 (どのような基準で交付しているのか。また、交付時の確認資料はどのようなものか。)	埼玉県と同一歩調で交付している補助金であるため、次の書類等を提出させている。 ①埼玉県通所サービス利用促進事業実施要綱第8条第1項の規定による事業の承認を受けているかどうかを確認するための承認決定通知書の写し ②補助対象経費の内訳を証明することのできる書類 等
積算基礎 (予算額をどのように積算しているのか。)	平成22年度予算額 7,750 千円
	前年度実績額に基づく積算

補助割合等	
補助割合等の明示	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 定額) <input type="checkbox"/> 無 (「予算の範囲」のみの場合を含む。)
財源内訳	<input type="checkbox"/> 市単独 <input checked="" type="checkbox"/> 国・県・市 <input type="checkbox"/> 国・市 <input checked="" type="checkbox"/> 県・市 割合 市 1/4 国 県 3/4 (分数表示)
上乗せ・横出し	<input type="checkbox"/> 国・県の基準よりも拡充して交付している <input checked="" type="checkbox"/> していない
上乗せ・横出しがある場合の内容と金額	

交付実績とコスト		(単位:件・円)		
項目	平成20年度(決算)	平成21年度(決算見込)	平成22年度(予算)	
交付(見込)件数	9件	9件	9件	
交付(見込)件数の増減要因		—	—	
決算(予算)額(A)	4,952,000	7,571,000	7,750,000	
財源内訳	国庫支出金	0	0	
	県支出金	3,709,000	5,812,000	
	その他	0	0	
	一般財源	1,243,000	1,938,000	
概算人件費(B)	20,907	20,975	20,970	
概算補助事業費(A+B)	4,972,907	7,591,975	7,770,970	
実績報告の確認(実績報告書受理時の確認資料は、どのようなものか。)	埼玉県と同一歩調で交付している補助金であるため、次の書類等を提出させている。 ①埼玉県通所サービス利用促進事業実施要綱第11条第1項に規定する完了通知書の写し ②完了した補助対象経費の内訳を証明することのできる書類 等			

事業環境等	
見直しの有無	<input type="checkbox"/> 有 (年度) <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※5年以内の見直しに限ります。
有⇒見直内容 無⇒見直さない理由	障害者自立支援法の施行による制度改正の激変緩和措置の一環として平成19年度に導入された補助制度であるため、見直しは行っていない。

廃止した場合の問題点 <small>(廃止した場合の問題点や継続しなければならぬ理由など)</small>	障害者自立支援法の施行による制度改正の激変緩和措置として制度化されたものであるため、国・県・市町村が連携して実施していく必要があるため、廃止することはできない。 ・補助割合 県 3/4 (内、国1/2) 市 1/4
--	--

評価		判断理由	評価
評価項目			
必要性	社会経済情勢に合致し、行政の実施が望ましいか	障害者自立支援法の施行による制度改正の激変緩和措置として制度化されたものであるため、国・県とともに、市が実施していく必要がある。	<input checked="" type="checkbox"/> 望ましい <input type="checkbox"/> そうでもない
優先性	厳しい財政状況の中で優先的に実施すべきか	上記（必要性）に同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 優先すべき <input type="checkbox"/> 優先度が低い
有効性	目的に対して成果が出ているのか	上記（必要性）に同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 成果が出ている <input type="checkbox"/> あまり出ていない
継続性	現状のまま継続して、当初の導入目的を達成できるか	上記（必要性）に同じ ※国・県とともに、平成23年度までの実施事業としている。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できる <input type="checkbox"/> 達成できない
所属長評価	<input type="checkbox"/> 現状のまま継続 <input type="checkbox"/> 見直しの上継続  <input type="checkbox"/> 重点化する（コストを集中的に投入したい） <input type="checkbox"/> 制度の変更（補助対象経費・補助率の変更） <input checked="" type="checkbox"/> 廃止（23年度まで）		
	見直しの上継続を選択した場合には、その内容を記入してください。 その他問題点・課題等があれば、その内容を記入してください。		