

茨木市障害者(児)歯科診療事業補助要綱

(目的)

第1 この要綱は、市内の病院が行う身体障害者(児)及び知的障害者(児)（以下「障害者(児)」という。）の歯科診療事業に対し、市が補助金を交付することにより障害者(児)歯科診療の円滑な運営を促進し、もって歯科保健医療の向上を図ることを目的とする。

(補助対象経費)

第2 補助の対象となる経費は、障害者(児)に対して、大阪府が示す障がい者歯科診療施設として歯科診療事業を行う市内の病院が、市内に住所を有する障害者(児)を診療・治療するための人件費に要する経費とする。

(補助金額)

第3 補助金額は、別に市長が定める額とする。

(補助金の交付申請)

第4 補助金の交付を受けようとするものは、補助金交付申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて指定された期日までに市長に申請しなければならない。

(1) 事業計画書

(2) 収支予算書

(補助金の交付決定)

第5 市長は、第4の規定による申請があったときは、その内容を審査し、適当と認められたものについて予算の範囲内において補助金を決定し、申請者に対し補助金交付通知書（様式第2号）により通知する。

(変更の届出)

第6 補助金の交付を申請したものは、補助金の交付決定通知後において当該事業計画の内容を変更しようとするときは、第4に準じて補助金交付変更承認申請書（様式第3号）を提出して市長の承認を受けなければならない。

2 前項の規定による変更承認申請があった場合、市長は第5に準じて決定の内容を変更し、補助金変更通知書（様式第4号）により申請者に通知する。

(実績報告)

第7 補助金の交付の決定を受けたものは、事業終了後、補助金実績報告書（様式第5号）に次に掲げる書類を添えて指定された期日までに市長に提出しなければならない。

(1) 事業実績表

(2) 事業費収支決算書抄本

(補助金額の確定等)

第8 市長は、第7の実績報告書の提出があったときは、報告書の内容を審査するほか、必要に応じて現地調査等を行い、適当と認めたときは交付すべき補助金の額を確定し、補助金確定通知書(様式第6号)により報告書を提出したものに通知する。

(補助金の交付請求)

第9 第8の補助金確定通知書を受けたものは、補助金交付請求書(様式第7号)を市長に提出し、補助金の交付を請求しなければならない。

(補助金の交付)

第10 市長は、第9の規定による補助金の交付請求を受け付け、審査の上、適当と認めたときは、当該請求者に補助金を交付する。

(補助の取消し等)

第11 市長は、補助金の交付を受けるものあるいは受けたものが次の各号のいずれかに該当するときは、補助金を交付せず、若しくは減額し、又は全部若しくは一部を返還させることができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な行為により補助を受け、又は受けようとしたとき。

(3) 市長の承認を受けずに事業を変更し、若しくは中止し、又は事業の遂行の見込みがないとき。

(4) その他市長が不適当と認めたとき。

(市長の指示)

第12 市長は、補助金の使用に関し、必要な指示をすることができる。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から実施する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から実施する。

附 則

(実施期日)

1 この要綱は、令和元年5月1日から実施する。

(経過措置)

2 この要綱の実施の際、この要綱による改正前の茨木市障害者(児)歯科診療事業補

助要綱によって定められていた様式による用紙がある場合には、当分の間所要の調整をして、これを使用することを妨げない。

様式第1号

年 月 日

(申請先) 茨木市長

所在地

名 称

代表者

印

障害者(児)歯科診療事業補助金交付申請書

障害者(児)歯科診療事業補助金の交付を次のとおり申請します。

1 補助対象事業 (の目的及び内容)

2 交付申請額

3 添付書類

- (1) 事業計画書
- (2) 収支予算書

様式第 2 号

茨木市指令 第 号

所在地

名 称

代表者 (様)

年 月 日付け申請の障害者 (児) 歯科診療事業補助金は、次の条件
を付けて、金 円を交付します。

条 件

年 月 日

茨 木 市 長



様式第 3 号

年 月 日

(申請先) 茨木市長

所在地

名 称

代表者

印

障害者（児）歯科診療事業補助金交付変更承認申請書

年 月 日付け茨木市指令 第 号に係る障害者（児）歯科診療事業補助金について、次のとおり変更したいので申請します。

- 1 補助対象事業
- 2 変更内容
- 3 変更理由
- 4 変更前交付決定額
- 5 変更後交付申請額
- 6 差引増減額

様式第4号

茨木市指令 第 号

所在地

名称

代表者 (様)

年 月 日付け茨木市指令 第 号で交付決定した障害者(児)歯科診療事業補助金は、次の条件を付けて変更承認します。

条 件

- | | | |
|---|---------|---|
| 1 | 交付決定額 | 円 |
| | 変更増減額 | 円 |
| | 変更交付決定額 | 円 |

2

年 月 日

茨木市長



様式第5号

年 月 日

(報告先) 茨木市長

所在地

名 称

代表者

印

障害者（児）歯科診療事業実績報告書

年 月 日付け茨木市指令 第 号で交付通知を受けた事業が完了したので、次のとおり報告します。

- 1 補助対象の内容
- 2 補助金交付決定額
- 3 事業の実施期間
- 4 事業の実施場所
- 5 補助内容の成果
- 6 添付書類
 - (1) 事業実績表
 - (2) 事業費収支決算書抄本

様式第 6 号

茨木市指令 第 号

所在地

名 称

代表者

年 月 日付け障害者（児）歯科診療事業実績報告書を審査の結果、事業補助金を次のとおり確定します。

1 補助金交付決定額 円

2 補助金確定額 円

年 月 日

茨木市長

印

様式第7号

年 月 日

(請求先) 茨木市長

所在地

名 称

代表者

印

障害者（児）歯科診療事業補助金交付請求書

年 月 日付け茨木市指令 第 号で確定のあった事業補助金を次のとおり請求します。

1 補助対象事業

2 金 額