

文京区補助金等チェックシート（実績検証用）

所属 保健衛生部健康推進課健康増進係

問合せ先 03 - 5803 - 1961

1 補助金の名称等

3年度調査

| | | | | | | | | |
|--------|---|---------|---|-----------|---|----------------|-----------------|--------|
| 補助金の名称 | 男性不妊検査費助成事業補助金 | | | | | | | |
| 根拠規定等 | 文京区男性不妊検査費助成事業実施要綱 | | | | | | | |
| 創設年月 | 平成 | 27 | 年 | 4 | 月 | 経過年数 〔自動計算〕 | 6年 | 終了予定年月 |
| 見直し年月 | 平成 | 30 | 年 | 4 | 月 | 経過年数 〔自動計算〕 | 3年 | |
| 見直しの内容 | 東京都の特定不妊治療に係る医療費助成制度等において、事実婚を助成対象者に含めた事業運用が開始されることとなったため、区において実施する事業についても事実婚を対象とし、区事業の対象者要件を変更した。 | | | | | | | |
| 予算科目 | 款 | 項 | | 目 | | 大事業 | 中事業 | 計画事業番号 |
| | 6 衛生費 | 1 保健衛生費 | | 3 保健予防事業費 | | 14 母子保健医療対策 | 01 特定不妊治療費等助成事業 | |
| 補助金の種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 奨励的補助 <input type="checkbox"/> 施設運営補助 <input type="checkbox"/> 扶助的補助 <input type="checkbox"/> 投資的補助 <input type="checkbox"/> 利子補給 | | | | | | | |

2 補助金の概要

| | | | | | | | |
|-------------------|---|--|-----------|---------|---|---|-------|
| 補助目的 | 健康保険が適用されない不妊検査を受ける者に対して、検査に係る医療費の一部を助成することにより、男女の相互理解のもと不妊治療に取り組む契機とするともに、経済的負担の軽減を図り次世代育成を支援する。 | | | | | | |
| 補助事業等の内容 | 男性不妊検査(精液検査及び内分泌検査)費用を助成する。 | | | | | | |
| 補助対象経費の内容 | 男性不妊検査を受けて次の条件を満たす者に対して、検査費用(1万円上限)を、対象者1人につき1回に限り助成する。 ・検査を受けて1年以内であること。・受診者又はその配偶者が区の区域内に住所を有すること。・検査時の配偶者の年齢が43歳未満の男性であること。 | | | | | | |
| 補助事業者等 | <input checked="" type="checkbox"/> 区民 <input type="checkbox"/> 地域活動団体 <input type="checkbox"/> NPO(特定非営利活動団体) <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | 〔特定の相手方に補助している場合は具体的に記入〕 | | | | | | |
| 補助金の算出 | <input type="checkbox"/> 定率 (補助率) <input type="checkbox"/> 定額 (補助額) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 補助単価 (補助単価 単位) <input checked="" type="checkbox"/> その他 | | | | | | |
| | 〔その他の場合は具体的に記入〕 | | | | | | |
| 公募の状況 | ホームページ、区報、チラシ、ポスターにより周知する。 | | | | | | |
| 実績報告書時における用途の確認方法 | <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 契約書 <input type="checkbox"/> 決算書 <input type="checkbox"/> 成果物 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (男性不妊検査費助成事業受診等証明書) | | | | | | |
| 補助・単独の状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 区単独 | | 負担割合 | 区 10/10 | 国 | 都 | 補助対象者 |
| | <input type="checkbox"/> 補助(区上乗せ無し) <input type="checkbox"/> 補助(区上乗せ有り) | | 上乗せの内容・理由 | | | | |

3 交付実績

(件、千円)

| 項目 | 30年度(決算) | 元年度(決算) | 2年度(決算) | 3年度(予算) |
|-----------|----------|---------|---------|---------|
| 交付(見込み)件数 | 2 | 0 | 2 | 2 |
| 決算(予算)額 | 20 | 0 | 20 | 20 |
| 国庫支出金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 都支出金 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| その他 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 一般財源 | 20 | 0 | 20 | 20 |
| 交付実績の特記事項 | | | | |

4 補助金の交付の適否に関する基準 [○:適合、△:適合しているが課題あり、×:不適合、-:非該当]

| 項目 | 内 容 | 判定 | 判定の理由(△、×の場合のみ記載) |
|--|---|----|-------------------|
| 必要性 (公益性) | 補助事業等が、社会情勢や区民ニーズに適合しているか | ○ | |
| | 基本構想、総合戦略、個別計画等の区の政策に適合しているか | ○ | |
| | 区と区民等の役割分担の中で、区が補助すべき事業であるか | ○ | |
| | 実施しなかった場合に大きなマイナスの影響が生じるか | ○ | |
| 公平性 | 補助要件に該当する補助事業者等であれば、誰でも補助金の申請をする機会が確保されているか | ○ | |
| | 交付先は適正な手続きによって決定されているか | ○ | |
| 効率性 (有効性) | 補助金の交付以外の代替策はないか | ○ | |
| | 補助金の交付による効果が認められるか | ○ | |
| | 補助金額に見合う具体的効果が認められるか | ○ | |
| | 事業実施の効果が広く区民に還元されているか | ○ | |
| 適正性 (適格性) (妥当性) ※個人等の補助金については不要 | 法令等に抵触していないか | - | |
| | 団体等の活動内容が補助目的と合致しているか | - | |
| | 団体等の会計処理や補助金の使途が適正か | - | |

5 効果、課題及び今後の方向性

| | |
|--------|---|
| 効果 | 男女相互理解のもと不妊治療を実施する効果及び経済的負担を軽減する効果が見込まれる。 |
| 課題 | 現在不妊検査の一部を保険適用とする保険制度の見直しが行われているため、その内容によっては事業の再検討が必要である。 |
| 今後の方向性 | 本事業の対象となる検査が保険適用となれば、事業継続の要否について検討を行う。 |