

浜松市歯科衛生士養成事業費補助金交付要綱

(目的)

第1条 市長は、地域医療の向上を図るため、歯科衛生士養成所を運営する者に対してその養成事業に要する経費の一部について、予算の範囲内において補助金を交付するものとし、その交付に関しては、浜松市補助金交付規則（昭和55年浜松市規則第17号。以下「規則」という。）及びこの交付要綱の定めるところによる。

(補助対象者)

第2条 補助金の補助対象者は、次に掲げる者のうち市税を完納している者とする。

(1) 浜松歯科衛生士専門学校

2 市長は、次の各号のいずれかに該当すると認める者には、補助金を交付しないものとする。

(1) 暴力団(浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)

(2) 暴力団員等(条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)

(3) 暴力団員等と密接な関係を有する者

(4) 前3号に掲げる者のいずれかが役員等(無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。)となっている法人その他の団体

(補助対象及び補助額)

第3条 補助金の補助対象及び補助率は、別表に掲げるとおりとする。

(補助の申請)

第4条 補助金の交付を申請しようとする者は、次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

(1) 歯科衛生士養成事業費補助金交付申請書(第1号様式)

(2) 事業計画書(学則又はこれに準ずる図書でも可とする。)

(3) 市税納付・納入確認同意書(第2号様式)

(4) 市民税・県民税特別徴収義務者指定通知書の写し(地方税法に規定する特別徴収義務者に該当する場合)

(5) 暴力団排除に関する誓約書(様式第3号)

(補助金の交付の決定)

第5条 市長は、第3条の申請があったときは、その内容を審査し、補助金を交付することが適当であると認めたときは、補助金の交付額決定通知書(第4号様式)により申請者に通知するものとする。

(事業計画の変更承認)

第6条 当該補助金の交付の決定を受けた者が、当該決定の通知を受けた後に事業計画の内容を変更しようとするときは、事業計画変更承認申請書(第5号様式)を市長に提出し、その承認を得なければならない。

(完了報告)

第7条 この補助金の交付の決定を受けた者は、事業が完了したときは速やかに次に掲げる書類を市長に提出しなければならない。

(1) 事業完了報告書(第6号様式)

(2) 歳入歳出決算（見込）書

（補助金の額の確定）

第8条 市長は、第6条の報告を受けたときは、その内容を審査し、補助金の交付の決定の内容に適合すると認めるときは、その額を確定し、補助金の交付確定通知書（第7号様式）により、当該補助事業者へ通知するものとする。

（補助金の支払）

第9条 補助金の支払は、第7条の補助金の額が確定した後、当該補助事業者の請求（請求書（第8号様式））の提出をもって行う。）によりこれを行うものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行し、平成30年度から平成32年度までの補助金に適用する。

別表

補助の対象	補助率（額）											
(1) 歯科衛生士養成経費のうち、人件費（教職員）対象	(1) 過程ごとの基準額×調整率×1/4 で、予算の範囲内 基準額											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>基準額（円）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3年課程全日制</td> <td>16,178,000</td> </tr> <tr> <td>3年課程定時制</td> <td>12,134,000</td> </tr> <tr> <td>2年課程全日制</td> <td>13,889,000</td> </tr> <tr> <td>2年課程定時制</td> <td>10,417,000</td> </tr> </tbody> </table>	区分	基準額（円）	3年課程全日制	16,178,000	3年課程定時制	12,134,000	2年課程全日制	13,889,000	2年課程定時制	10,417,000	
	区分	基準額（円）										
	3年課程全日制	16,178,000										
	3年課程定時制	12,134,000										
	2年課程全日制	13,889,000										
2年課程定時制	10,417,000											
調整率 <table border="1"> <thead> <tr> <th>歯科衛生士養成所の定員数</th> <th>調整率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>定員 181人以上</td> <td>0.92</td> </tr> <tr> <td>定員 161人以上 180人以下</td> <td>0.94</td> </tr> <tr> <td>定員 121人以上 160人以下</td> <td>1.00</td> </tr> <tr> <td>定員 81人以上 120人以下</td> <td>1.02</td> </tr> <tr> <td>定員 80人以下</td> <td>1.04</td> </tr> </tbody> </table>	歯科衛生士養成所の定員数	調整率	定員 181人以上	0.92	定員 161人以上 180人以下	0.94	定員 121人以上 160人以下	1.00	定員 81人以上 120人以下	1.02	定員 80人以下	1.04
歯科衛生士養成所の定員数	調整率											
定員 181人以上	0.92											
定員 161人以上 180人以下	0.94											
定員 121人以上 160人以下	1.00											
定員 81人以上 120人以下	1.02											
定員 80人以下	1.04											
（注）生徒が在席しない学年を除く全学年の定員数とする												
(2) 2年制及び3年制併設の場合は、どちらか高い方の補助額 (3) ただし、前年度の県西部地域への就職率（※1）が50%未満の場合は、(1)及び(2)で得られた額から20%削減する												

（※1）県西部地域への就職率とは、卒業生から進学者を除いた人数のうち、県西部地域の病院、診療所等に就職した人の割合。

第1号様式

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所又は所在地
氏名又は名称及び
代表者氏名

印

事業費補助金交付申請書

次のとおり浜松市歯科衛生士養成事業費補助金を交付されたく申請します。

記

1 目的、内容及びその効果

(1) 目的

(2) 内容

(3) 効果

2 経費の使用法(収支の計画)及び完了年月日

(1) 経費の使用法

(2) 完了予定日

3 補助事業の経費のうち補助金によってまかなわれる部分以外の部分の負担方法

4 補助事業等に関して生ずる収入金の有無

5 交付を受けようとする補助金の額及びその算出方法

6 その他

第2号様式

市税納付・納入確認同意書

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長
(取扱い 健康医療課)

補助金交付申請者

住 所(または所在地)

氏 名(または法人名)

_____ 印

明・大・昭・平 年 月 日 生

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市歯科衛生士養成事業費補助金交付要綱第2条の規定により、市において、補助金交付申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

申請補助金

補助金

第3号様式

暴力団排除に関する誓約書

浜松市歯科衛生士養成事業費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約します。

また、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

記

1 次に掲げる者のいずれにも該当しません。

- (1) 暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)
- (2) 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。)
- (3) 暴力団員等と密接な関係を有する者
- (4) 前3号に掲げる者のいずれかが役員等(無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。)となっている法人その他の団体

平成 年 月 日

浜松市長あて

(誓約者)

住所(所在地)

氏名(名称及び代表者氏名)

印

第4号様式

浜松市指令健医第 号

平成 年 月 日

様

浜松市長 鈴木 康友

補助金の交付額決定通知書

平成 年 月 日付で申請のあった浜松市歯科衛生士養成事業費補助金として次のとおり条件を付して補助します。

金		百万			千			円
---	--	----	--	--	---	--	--	---

記

- 条件
- 1 補助金は当該補助事業以外の目的に使用してはならない。
 - 2 補助事業を中止し又はその内容を変更しようとする場合は、あらかじめ市長の承認をうけること。
 - 3 補助事業が予定の期間内に終了しない場合又はその遂行が困難となった場合は、すみやかに市長に報告してその指示をうけること。
 - 4 補助事業の事業運営、経理の状況を調査し、不相当と認めるときは、当該補助金の全部又は一部の返還を命ずる。
 - 5 補助事業の完了により当該補助事業者に相当の収益が生じると認められる場合においては、当該補助金の交付の目的に反しない場合に限り、その交付した補助金の全部又は一部に相当する金額を市に納付すること。
 - 6 規則第17条第1項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受け、補助金の返還の請求を受けたとき又は当該返還の期限までに納付しなかったときは、規則第18条の2の規定に基づき、加算金又は遅延損害金を市に納付する。
 - 7 補助金の返還の請求を受け、当該補助金、加算金又は遅延損害金の全部又は一部を納付しない場合、規則第18条の3の規定に基づき、他の交付すべき補助金についてその交付を一時停止し、又は未納額との相殺をする場合がある。
 - 8 条件5、条件6及び条件7のほか、規則の各規定に基づく市長の指示に従うこと。

第5号様式

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所又は所在地
氏名又は名称及び
代表者氏名

印

事業計画変更承認申請書

平成 年 月 日付浜松市指令 第 号により補助金交の決定を受けた
浜松市歯科衛生士養成事業の計画を次のとおり変更したいので承認されるよう申請します。

記

1 変更の内容

2 変更理由

第6号様式

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所又は所在地
氏名又は名称及び
代表者氏名

印

事業完了報告書

平成 年 月 日付浜松市指令 第 号に係る浜松市歯科衛生士養成事業が次のとおり完了したので、報告します。

記

- 1 完了の年月日
- 2 事業の内容、成果
- 3 収支の状況及び補助事業等により生ずる収入金
- 4 補助金の交付申請書と相違した場合はその理由
- 5 交付確定を受けたい額
- 6 その他

第7号様式

浜 健 医 第 号
平成 年 月 日

様

浜松市長 鈴木 康友

補 助 金 の 交 付 確 定 通 知 書

平成 年 月 日付けの補助事業完了報告書を審査の結果、次の金額を
浜松市歯科衛生士養成事業費補助金として確定いたします。

¥	百万			千			円
---	----	--	--	---	--	--	---

第8号様式

請 求 書

金 円也

ただし、平成 年 月 日付浜 第 号により補助金交付の確定を受けた
浜松市歯科衛生士養成事業費の補助金として、上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

(あて先) 浜松市長

住所又は所在地
代表者の氏名
又は名称

印

口座振替先金融機関名

口座種別

口座番号