

補助金調書

| | | | | | | |
|---|--|--|--------|--------------|---|--|
| 補助金名 | 福岡市フッ化物洗口事業補助金 | | | 担当課 (連絡先) | 保健医療局健康医療部口腔保健支援センター (TEL 092-711-4396) | |
| 交付先 | 団体 | 保育所・幼稚園等 | | 区分 | その他の補助金 | |
| 交付先決定方法 | 公募 | (公募の場合) 公募時期 | | 4月～7月 | | |
| (公募の場合) 応募要件 | フッ化物洗口を実施する保育所・幼稚園等 | | | | | |
| (非公募の場合) 非公募の理由 | / | | | | | |
| 補助開始年度 | 令和6 | 年度 | 経過年数 | 3 | 年度 | |
| 補助金の目的 及び 補助対象事業 | 子どもの歯及び口腔の健康の保持増進を推進するため、むし歯予防に効果があるフッ化物洗口を就学前施設で実施し、もって市民の歯科口腔保健の向上に資することを目的とする。 補助対象事業は、福岡市が示すフッ化物洗口マニュアルに基づき、補助対象者が運営する施設に在籍する4歳児クラス及び5歳児クラスの園児に対して実施するフッ化物洗口事業とする。 | | | | | |
| 補助金の終期 | 令和8 | 年度 | 延長回数 | 2 | 回 | |
| 終期を延長する理由 | 本事業は、むし歯予防に効果があるフッ化物洗口を実施する保育所・幼稚園等へ支援を行うことにより、実施施設数の増加につながり、こどものむし歯の減少ひいては、本市の口腔衛生向上に寄与するものである。継続してフッ化物洗口を行うことで、むし歯予防に大きな効果を発揮し、集団で実施することで家庭で行うよりも継続して行いやすいことから、今後も引き続き事業の推進が必要である。 | | | | | |
| 交付対象経費及び補助金の算定方法等 | その他 | 交付対象経費は、薬剤費、薬剤を溶解するために必要な容器(ディスペンサーボトル)の購入費とする。 補助額は、下記(ア)と(イ)の金額を比較して少ない方の額とする。 (ア) 765 円×期間率(実施月数/12)×実施者数 ※10 円未満切り捨て (イ) 実支出額 | | | | |
| (間接補助の場合) 間接補助とする理由 及び再交付先への配 分基準、審査基準 | 【間接補助の理由、再交付の配分基準・審査基準】 | | | | | |
| 交付状況等 【上段:交付件数】 【下段:決算】 (※1) | 当該年度 | 前年度 | 前年度 | 前々々年度 | | |
| | 件 | (22) 件 | 19 件 | 件 | | |
| | 1,200 千円 | (558) 千円 | 458 千円 | 千円 | | |
| 前年度補助事業 の主な実施概要 | 保育所、幼稚園等22施設においてフッ化物洗口を実施。 | | | | | |
| 補助金交付 による効果 | むし歯予防に効果があるフッ化物洗口を実施する保育所・幼稚園等へ支援を行うことにより、フッ化物洗口実施施設数の増加につながり、こどものむし歯の減少ひいては、本市の口腔衛生向上に寄与する。 | | | | | |

※1:金額総額であり、複数の団体等に交付している場合、個々の団体等への交付額等を示すものではありません。なお、当該年度は当初予算額を記載しております。また、前年度決算額について、補助額の確定が未了のものは、交付件数および交付決定額を外数として()書きで記載しております。