

伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、口腔がんの早期発見及び早期治療により、市民のがんによる死亡率を軽減するとともに口腔内の機能障害等を予防するため、口腔がん検診事業を実施する社団法人秦野伊勢原歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）に対し、予算の範囲内において伊勢原市口腔がん検診事業補助金（以下「補助金」という。）を交付することについて、伊勢原市補助金等の交付規則（昭和55年伊勢原市規則第19号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(補助対象経費)

第2条 補助金の対象となる経費は、口腔がん検診事業を行うために要する経費（以下「対象経費」という。）で、次に掲げるものとする。

- (1) 検診に携わる医師の報酬
- (2) 検診に携わる歯科医師の報酬
- (3) 検診に携わる歯科衛生士の報酬
- (4) 検診に係る医薬材料費
- (5) 検診に係る会場費
- (6) 検診に係る消耗品費
- (7) その他市長が認める検診に係る経費

(補助金の額)

第3条 補助金の額は、対象経費の合計額と20万円を比較していずれか少ない額とする。

(交付の申請)

第4条 補助金の交付申請をしようとする者は、伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付（変更交付）申請書（第1号様式）に事業計画書、収支予算書その他事業の内容が分かる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(交付の決定)

第5条 市長は、前条の申請があり、審査等の結果、補助金を交付すべきものと決定したときは、伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付決定通知書（第2号様式）により通知するものとする。

(変更交付の申請)

第6条 前条の通知を受けた者が、補助金の交付申請額を変更しようとする場合は、伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付（変更交付）申請書に変更事業計画書及び変更収支予算書を添えて、市長に提出しなければならない。

(変更交付の決定)

第7条 市長は、前条の申請があり、審査等の結果、交付する補助金額を変更すべきものと決定したときは、伊勢原市口腔がん検診事業補助金変更交付決定通知書（第3号様式）により通知するものとする。

(補助金の交付)

第8条 補助金は、補助事業等が完了した後において交付するものとする。ただし、市長が特に必要と認めるときは、補助事業の完了前に補助金の全部または一部を交付するこ

とができる。

- 2 前項の規定により補助金の交付を受けようとするときは、伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付請求書（第4号様式）に伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付決定通知書又は伊勢原市口腔がん検診事業補助金変更交付決定通知書の写しを添えて、市長に提出しなければならない。

（実績報告）

第9条 規則第14条の規定による実績報告は、伊勢原市口腔がん検診事業補助金実績報告書（第5号様式）により、補助事業等の完了の日から30日を経過した日又は当該年度の翌年度の4月20日のいずれか早い日までに行わなければならない。

附 則（平成24年6月13日告示第107号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和4年3月24日告示第38号）

この告示は、公表の日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付（変更交付）申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金の交付（変更交付）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

交付申請額 円

（注）事業計画書、収支予算書及びその他事業の内容が分かる書類を添付してください。

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付決定通知書

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年 月 日付けで申請のありました伊勢原市口腔がん検診事業補助金については、伊勢原市補助金等の交付規則第6条の規定に基づいて、次のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日

伊勢原市長



- 1 補助金交付決定額 円
- 2 交付条件

（事務担当は、 ）

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金変更交付決定通知書

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

年 月 日付けで提出されました変更交付申請書の内容を審査しました結果、次のとおり変更交付決定しましたので通知します。

年 月 日

伊勢原市長



- 1 変更交付決定額 円
(変更前の交付決定額 円)
- 2 交付条件

(事務担当は、)

第4号様式（第8条関係）

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

請求者名称及び
代表者氏名

印

交付決定のありました伊勢原市口腔がん検診事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

- | | |
|-----------|---|
| 1 交付決定通知額 | 円 |
| 2 既交付額 | 円 |
| 3 今回交付請求額 | 円 |
| 4 未交付額 | 円 |

5 添付書類

- 伊勢原市口腔がん検診事業補助金交付決定通知書の写し
伊勢原市口腔がん検診事業補助金変更交付決定通知書の写し

（注）上記のいずれかにレ印を付けてください。

第5号様式（第9条関係）

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金実績報告書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

補助事業者名称及び
代表者氏名

年度伊勢原市口腔がん検診事業補助金に係る実績を次のとおり報告します。

交付決定額	円
実績額	円
不用額	円

（注）事業報告書及び収支決算書（見込み）を添付してください。