

補助金等評価シート

担 当 課		健康福祉部 健康推進課 予防接種・精神保健係				電話	0749-65-7759
性質分類	その他の補助金	開始時期	令和4年4月1日	見直し時期	令和7年3月31日	終期	-
補助金概要	補助金名	長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成事業					
	補助率・限度額等	補助対象者が医療機関に支払った予防接種に係る費用とし、要綱の別表に定める額を限度額とする。					
	制度概要	小児がんなどの治療のための造血幹細胞移植や化学療法等を行った場合、治療前に接種したワクチンを免疫が低下または消失することがある。ワクチンの再接種が必要となった人の経済的負担を軽減するとともに、感染症の発症を予防することを目的に実施する。					
目 標		疾病治療により医師から再接種必要と判断された小児が、感染予防のために再接種を受けることができる。					
		<目標が数値でない場合の評価方法> 対象者(保護者)に周知し、助成利用につなげる。					
総合計画での位置づけ		政策番号	3	大分類番号	2	小分類番号	4
		小分類名称	全ての世代がいきいきと生活できる取組		施策名称	健康づくりの推進	
補助金の交付先		再接種費用を負担する者					
根拠法令(要綱等)		長浜市造血幹細胞移植等によるワクチン再接種費用助成事業実施要綱					
予算科目(款・項・目・事業)		衛生費・保健衛生費・予防接種費・予防接種事業費					

年 度		令和4年度(1年目)		令和5年度(2年目)		令和6年度(3年目)	
		歳出額	特定財源	歳出額	特定財源	歳出額	特定財源
予算・決算額の推移 (単位:千円)	予 算	119					
	決 算	0					
補 助 率							
（目標に 対する 記 達 成 度）	達成率		数値・内容		数値・内容		数値・内容
	非数値化されたもの (客観的な達成状況を記載)	疾病治療により医師から再接種を必要と判断された小児の保護者から接種の相談や事前申請が無かったため、補助金の交付は無かった。					

評 価 欄 (見直し時期に記載)	チェック ※該当するものに○	①補助事業者は事業を遂行する力は有しているか		⑤補助率は1/2以内か	
		②補助対象事業が行政目的達成の手段となっているか		⑥要綱の終期設定は適切か	
		③補助対象事業の必要性は生じているか		⑦積極的な情報公開がなされているか	
		④補助対象経費は明確化できているか		⑧達成度等の推移が維持・向上しているか	
	×になった項目に対する今後の取組				
	目標未達成の原因分析				
	評 価 ※該当するものに○	① 拡 充 ・ ② 改 善 ・ ③ 継 続 ・ ④ 廃 止			
	評 価 理 由	※①拡充 or ②改善の場合の内容		補助率・補助額・補助対象経費・その他	
		上記評価の理由 ※目標未達成の場合はその改善点も記載すること			