

医療機関の開設者 様

静岡県健康福祉部健康増進課長

令和 2 年度要配慮者歯科医療連携体制構築事業費補助金の交付申請について（通知）

日頃、本県の健康福祉行政の推進に御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

本県は、県民の皆様が住み慣れた場所で将来にわたって安心して暮らせるよう様々な取組を進めており、後方支援病院等がかかりつけ歯科医と連携し、地域の中核医療機関の役割を担うことを支援するため、地域歯科医師会と連携体制構築に資する費用について、「要配慮者歯科医療連携体制構築事業費補助金交付要綱」（令和元年 7 月 31 日制定）に基づき下記のとおり助成する予定です。

つきましては、補助事業実施を予定される場合は、交付申請に先立ち、交付先の選定を行いますので、事業計画書を提出していただくようお願いします。

記

第 1 補助対象及び補助対象経費

- 1 補助対象となる病院等
以下の要件を満たす病院等（要綱等より抜粋）
要配慮者歯科医療を実施している病院等又は新たに実施する病院等であること。
- 2 補助対象経費
実施要綱別表に示す「補助対象経費」（1医療機関基準額712千円）

第 2 提出書類

- 1 交付申請書(様式第 1 号)、事業計画書(様式第 2 号)、所要額調書(様式第 3 号)、所要額明細書(様式第 4 号)
- 2 連絡先等、送付状（本通知の別紙様式 1， 2）

※実施要綱及び様式等は令和 2 年 10 月 1 日以降に静岡県ホームページに公開予定です。

[ホーム > 健康・福祉 > 健康づくり・疾病対策と感染症の予防ホーム > 健康増進課 > 事業紹介（歯科保健対策）]

<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-430/kenzou/shikashika.html>

第 3 資料提出期日及び提出先

- 1 期 日：令和 2 年 10 月 30 日（金）必着：郵送又は持参すること
- 2 提出先：〒420-8601 静岡市葵区追手町 9-6 静岡県健康福祉部健康局健康増進課
※ 提出にあたっては、本通知の（別紙様式）に連絡先等を記入してください。

第4 注意事項

- ・要配慮者歯科診療推進の連携体制や地域的な偏り等を審査した結果、交付先として選定されない場合があります。

【参考】 補助金事務の流れ

1 交付先の選定

- (1) 資料提出(今回) [令和2年10月30日必着]
- (2) 選定された医療機関に内示 [健康増進課→医療機関、令和2年11月頃]
内示の通知とともに交付申請の手続きを御案内します。

2 補助事業の実施

- (1) 交付申請 [医療機関→健康増進課]
- (2) 交付決定 [健康増進課→医療機関]
- (3) 事業開始 [健康増進課→医療機関へ交付決定後]
- (4) 実績報告(成果物等を添付) [医療機関→健康増進課、令和3年4月10日必着]
- (5) 交付確定 [健康増進課→医療機関]
- (6) 請求書提出 [医療機関→健康増進課]
- (7) 支払い [県→医療機関、令和3年5月下旬]

担 当 健康増進班 種村、西野

電話番号 054-221-2438

E-mail kenzou@pref.shizuoka.lg.jp

連 絡 先 等

事業計画書の送付時に本票を添付してください。

ふりがな	
医療機関の名称	
ふりがな	
代表者名 (個人又は医療法人等)	

事業計画書等の内容確認をすることがありますので、照会先を記入してください。

担当者名		
休診の曜日		
住 所	〒	
連絡先	電話	
	内線番号	
	FAX	
	E-mail	@

要配慮者歯科医療等の実施内容

1 要配慮者歯科医療の実施	常勤医にて対応・非常勤医にて対応・否
2 連携先歯科医師会名	
3 上記歯科医師会との連携の状況	連携中・未・不明

【別紙様式2】

送付状

第 号
令和2年 月 日

静岡県健康増進課長 様

所在地

名 称

代表者 氏 名 印

(市町にあつては、市町長 氏 名 印)

令和2年9月 日付け健増第 号により周知のあつた令和2年度要配慮者歯科医療連携体制構築事業費補助金に係る必要書類を、別添の通り提出いたします。