

歯科診療所の開設者 様

静岡県健康福祉部健康増進課長

令和 2 年度在宅歯科医療設備整備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、高齢化の一段の進行を見据え、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います。在宅歯科医療の実施に必要な医療機器等の備品購入費については、平成 26 年度から「在宅歯科医療設備整備事業費補助金交付要綱」（平成 26 年 12 月 22 日制定）に基づき助成しておりますが、令和 2 年度については、下記のとおり助成する予定です。交付申請に先立ち、選定協議会で交付先の選定を行うので、事業実施予定の歯科診療所開設者は、下記により事業計画書を提出してください。

なお本事業により助成を受けた医療機器等は、大規模災害発生時に活用することなどが求められ、また補助事業完了の翌年度以降 7 年間は年に 1 回診療実績の報告が必要となりますことを申し添えます。

記

第 1 補助対象及び補助対象経費

1 補助対象となる歯科診療所

以下の要件を満たす歯科診療所（実施要領より抜粋）

- (1) 在宅歯科医療を実施している歯科診療所又は新たに実施する歯科診療所であること。
- (2) 在宅療養を担う医科の保険医療機関、訪問看護ステーション、介護保険事業者等と連携体制を構築している又は新たに構築すること。
- (3) 所定の研修をひとつ以上修了している歯科医師が常に勤務すること。
- (4) **嚙下内視鏡及び周辺機器一式について助成を受けようとする場合は、次の条件を満たす者として一般社団法人静岡県歯科医師会長の推薦を受けること。**
 - ア 補助を受けて整備した機器を用いて、静岡県が実施する研修に協力できること
 - イ 地域において他の歯科診療所と連携体制を構築し、他の歯科診療所からの摂食機能障害の治療及び診断についての相談に応じられること

2 補助対象経費

実施要綱別表アに示す「在宅歯科医療に必要な医療機器等の備品購入費（1 医療機関基準額 3,638 千円）」及びイに示す「嚙下内視鏡及び周辺機器一式（1 医療機関基準額 1,500 千円）」

第 2 提出書類

- 1 事業計画書（様式第 2 号）、経費所用額調（様式第 3 号）、収支予算書（様式第 4 号）

※機器の納品は令和3年2月までを目途として事業計画を作成してください。

- 2 研修修了証等の写し
- 3 2者以上の見積書及び参考となるカタログ等（コピーも可）
- 4 連絡先等、送付状（本通知の別紙様式1, 2）
- 5 嚙下内視鏡及び周辺機器一式の助成を希望する場合は、一般社団法人静岡県歯科医師会会長の推薦状（在宅歯科医療設備整備事業費補助金交付要領2実施の要件(4)に基づき推薦を受けること）

※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/shika/zaitaku.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

- ・選定協議会で在宅歯科医療推進の連携体制や地域的な偏り、大規模災害発生時の活用可能性等を審査した結果、交付先として選定されない場合があります。
- ・嚙下内視鏡の周辺機器のみの場合は補助対象となりません。

【参考】 補助金事務の流れ

I 交付先の選定

- ① 選定協議会のための資料提出(今回)〔令和2年10月30日必着〕
- ② 選定協議会の開催〔令和2年11月下旬予定〕
- ③ 選定された歯科診療所に内示〔健康増進課→歯科診療所、令和2年12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。

II 補助事業の実施

- ① 交付申請〔歯科診療所→健康増進課〕
- ② 交付決定〔健康増進課→歯科診療所〕
- ③ 機器の発注〔歯科診療所→業者、**機器の納品は令和3年3月31日までに完了すること**〕
- ④ 歯科診療所は機器を受領し業者へ支払
- ⑤ 実績報告（契約書等の写し、写真を添付）〔歯科診療所→健康増進課、**令和3年4月10日必着**〕
- ⑥ 交付確定〔健康増進課→歯科診療所〕
- ⑦ 請求書提出〔歯科診療所→健康増進課〕
- ⑧ 支払い〔県→歯科診療所、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

F A X 054-221-2142

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	
診療所の名称	
ふりがな	
開設者名 (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	
	携帯電話	
	FAX	
	E-mail	@

大規模災害発生時の活動内容

1 静岡県医療救護計画に則った活動	可・否・不明
2 その他（市町や団体等との連携状況等）	

※ 本事業により助成を受けた医療機器等は、大規模災害発生時に活用することが求められます。

【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 ㊦

令和2年9月 日付け健増第 号により周知のあった令和2年度在宅歯科医療設備整備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。