

滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金交付要綱

(趣 旨)

第1条 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第99条第3項の規定に基づく県費負担金（以下「負担金」という。）については、予算の範囲内において交付するものとし、法、前期高齢者交付金及び後期高齢者医療の国庫負担金の算定等に関する政令（平成19年政令第325号）および滋賀県補助金等交付規則（昭和48年滋賀県規則第9号。以下「規則」という。）の規定によるほか、この交付要綱の定めるところによる。

(交付対象および交付額)

第2条 この負担金は、法第99条第1項および第2項の規定に基づいて市町が行う後期高齢者医療に関する特別会計への繰入事業（以下「事業」という。）を交付の対象とし、交付額はその繰入金の4分の3に相当する額とする。

(交付申請手続)

第3条 規則第3条に規定する負担金交付申請は、別紙様式第1号による申請書に関係書類を添えて、知事が定める日までに知事に提出するものとする。

(変更申請手続)

第4条 この負担金の交付決定後の事業の変更により申請の内容を変更して追加交付申請等を行う場合には、別紙様式第3号による申請書に関係書類を添えて、知事が定める日までに知事に提出するものとする。

(交付条件)

第5条 規則第5条に規定する条件は、次の条件が付されるものとする。

- (1) 事業の内容の変更をする場合には、事前に知事の承認を受けなければならない。
- (2) 事業を中止し、または廃止する場合には、事前に知事の承認を受けなければならない。

(実績報告)

第6条 規則第12条の規定による報告は、当該年度の事業が完了したときまたは第5条第2項により事業の中止もしくは廃止の承認を受けたときには別紙様式第2号による実績報告書に關係書類を添えて、知事が定める日までに知事に提出するものとする。

(負担金の交付方法)

第7条 この負担金は、全額を概算払いの方法により交付する。

(關係書類の保管)

第8条 市町は、この要綱の定めるところにより交付を受けた負担金と事業に係る予算および決算との關係を明らかにした帳簿、その他の關係書類を、事業完了の日の属する会計年度の翌会計年度の初日から起算して5年間保管しなければならない。

(電子情報処理組織による申請等)

第9条 市町は、第3条の規定に基づく交付申請、第4条の規定に基づく変更申請、第6条の規定に基づく実績報告については、滋賀県インターネット利用による行政手続等に関する条例（平成16年滋賀県条例第30号）第3条第1項に規定する電子情報処理組織を使用して行うことができる。

付 則

この要綱は、平成20年8月27日から施行し、平成20年度の負担金より適用する。

付 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行し、令和3年度の負担金より適用する。

様式第1号

年度滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金交付申請書

第 年 月 日

(あて先)

申請者 住所
氏名
発行責任者・氏名
担当者 連絡先
電話番号

高齢者の医療の確保に関する法律第99条第1項および第2項の規定に基づく繰入事業に対して、年度滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金 円を交付されるよう、滋賀県補助金等交付規則第3条の規定により次の関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に当たり同規則第4条第2項各号のいずれかに該当する事実が判明したときは、同規則第16条の規定に基づき補助金等の交付の決定の全部または一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

関係書類

年度滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定負担金繰入金額算出基礎表

交付申請額 (繰入金額×3/4)	金 円
繰入金額	金 円

市町番号		市町名	
------	--	-----	--

様式第2号

年度滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金実績報告書

第 号
年 月 日

(あて先)

申請者 住所
氏名
発行責任者・氏名
担当者
連絡先
電話番号

年 月 日付け 第 号で交付決定の通知があった滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金について、滋賀県補助金等交付規則第12条の規定により、その実績を関係書類を添えて報告します。

関係書類

1. 歳入歳出決算書（抄本）
2. 公金振替書（伝票）の写し

繰 入 金 額	金 円
繰 入 年 月 日	年 月 日
A 県 負 担 額 (繰入金額×3/4)	金 円
B 県 交 付 済 額	金 円
差 引 (A - B)	金 円

市 町 番 号		市 町 名	
---------	--	-------	--

様式第 3 号

年度滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金 $\left\{ \begin{array}{l} \text{追加交付} \\ \text{交付決定一部取消} \end{array} \right\}$ 申請書

第 号
年 月 日

(あて先)

申請者 住所
氏名

発行責任者・氏名
担当者

連絡先
電話番号

高齢者の医療の確保に関する法律第 99 条第 1 項および第 2 項の規定に基づく繰入事業に対して、

年度滋賀県後期高齢者医療保険基盤安定対策費負担金の $\left\{ \begin{array}{l} \text{追 加 交 付} \\ \text{交付決定一部取消} \end{array} \right\}$ を受

けたく、次のとおり申請します。

繰 入 金 額①	金 円
交 付 申 請 額② (繰入金額×3/4)	金 円
既 交 付 決 定 額③	金 円
既 県 交 付 済 額④	金 円
差 引 交 付 申 請 額 (②-③)	金 円

市町番号		市町名	
------	--	-----	--