

取 扱 基 準

名 称	手話通訳者等頸肩腕障害検診における補助金
補助区分	運営費補助 <input type="checkbox"/> 事業費補助 <input checked="" type="checkbox"/>
補助金の概要	新潟市に登録する手話通訳者・奉仕員並びに要約筆記者・奉仕員に対し、職業病である頸肩腕障害の予防を図るために、頸肩腕検診に係る費用の補助を行う。
目 標	数値化 <input checked="" type="checkbox"/> 非数値化 <input type="checkbox"/>
	頸肩腕検診を受診した人数の増加 <目標が数値でない場合の評価方法>
補助事業者	※補助金等交付申請書の提出があった事業者の情報について公表します。 事業者が多数の場合、ホームページでの公表ができないことがあります。 その際は直接担当課にお問い合わせください。
補助対象経費の内 容	新潟県が主催する手話通訳者等頸肩腕障害検診に係る検診料並びに旅費の実費額の全額及び一部。
補助額 及びその算定方法 又は補助率	検診料は1,500円を上限額とし、自家用車を利用した場合の旅費は、新潟市旅費条例の例により算出。 <補助額が5万円未満、又は補助率(実行補助率を含む)が1/2を超える場合の理由> 個人の受診に対する補助であり、県主催の検診のため1人当たり5万円を超えることはない見込み。
開始時期	令和 5年 4月 1日
評価の時期	令和 7年 9月30日
終 期	令和 8年 3月31日
	(終期が3年を超える場合の理由)
補助事業者による 情報の公表	〔内容〕 当該補助金の交付を受けている旨を表示
	〔媒体〕 各団体広報誌
担当部署	福祉部 障がい福祉課 管理係 電 話 025-226-1237 (直通) e-mail shogai.wl@city.niigata.lg.jp