

歯科自費診療支援事業

2026年度支援事業 募集要項

目次

1.重要説明事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
2.支援事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	5
3.交付申請について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
4.申請から支援金支払いまでの流れ・・・・・・・・・・	10
5.各種申請書類の作成及び提出における主な留意事項・・・・・・・・	11
6.支給申請について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	13
7.その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	14

1.	「重要説明事項」（交付申請にあたっての注意点）
----	-------------------------

歯科自費診療支援事業（以下「本事業」）に係る重要説明事項は以下のとおりです。必ずご確認、ご理解いただいた上での申請をお願い致します。

1. 本事業は一般社団法人日本みらい推進機構（以下「当法人」）が設立した支援事業となり一般企業が行う民間支援金です。

国や自治体が財源の支援金とは異なりますのでご注意ください。採択された申請者に対して、支援金が交付されます。

2. 本支援金の交付を受けようとする支援金の対象者（以下「支援対象者」）は、導入前に電子申請又は郵送より申請を行ってください。

審査の結果、採択が決定されると「交付決定通知書」が送付され支援金の交付対象としての実施が正式に認められます。

また、支出行為は、銀行振り込み・クレジットカード決済・ビジネスクレジット（信販）にてご対応できます。

3. 交付決定を受けても、定められた期日までに支給申請書等の提出がないと、支援金は受け取れません。

交付申請後、本事業を開始していただきます。完了後は取り組んだ内容を報告する実績報告書及び支出内容の分かる関係書類等を、定められた期日までに当法人に提出しなければなりません。なお、追加で当法人から提出を求められた書類については、定められた期日までに提出する必要があります。もし、定められた期日までに、実績報告書等の提出が当法人で確認できなかった場合には、交付決定通知書を受領していても、支援金を受け取れなくなります。

4. 本事業には支援金支給の条件がございます。

本事業では、歯科自費診療に係る経済的負担の軽減を図るとともに、対象となる治療が口腔環境、生活の質（QOL）、対人コミュニケーション、治療満足度等に与える影響について調査・検証を行います。そのため、交付申請にあたっては、本事業の趣旨および内容をご理解いただき、対象治療完了後の実績報告ならびにアンケート等の調査にご協力いただける方を対象とします。

個人情報取り扱いと使用目的

・当法人に提出された申請者の個人情報については、当法人で保管させていただきます。又、以下の目的のために使用します。

- ① 本事業の適正な執行のために必要な連絡
- ② 状況を把握するための調査（事業終了後の効果実績調査を含む）
- ③ 口腔環境、生活の質（QOL）、治療満足度等に関する調査
- ④ 本事業の運営および改善に必要な分析
- ⑤ その他本事業の遂行に必要な活動

・また、当法人は次に掲げる場合を除いて、個人情報保護法その他の法令で認められる場合を除き、あらかじめ申請企業の同意を得ることなく、第三者に個人情報を提供することはありません。ただし、次に掲げる場合には、当該情報の提供先は第三者に該当しないものとします。

- ①当法人が利用目的の達成に必要な範囲内において個人情報の取り扱いの全部又は一部を委託する場合
- ②合併その他の事由による事業の承継に伴って個人情報が提供される場合
- ③個人情報を特定の者との間で共同して利用する場合であって、その旨並びに共同して利用される個人情報の項目、共同して利用する者の範囲、利用する者の利用目的及び当該個人情報の管理について責任を有する者の氏名又は名称について、あらかじめ本人に通知し又は本人が容易に知り得る状態に置いた場合

・個人情報について、開示、訂正、利用停止等のお申し出があった場合には、当法人所定の方法に基づき対応致します。

具体的な方法については、個別にご案内します。

（下記受付窓口までお問い合わせください。）

住所：東京都中央区新川1丁目16-7 naoshiビル 3階

担当：歯科自費診療支援事業事務局

電話番号：03-4500-5376

E メールアドレス：nihon.mirai.suishinkiko@gmail.com

本事業の目的

歯科自費診療は、歯の見た目や機能性、歯並びや噛み合わせなどの改善が期待される一方、公的医療保険が適用されない治療も多く、治療内容や費用、選択に至る背景は利用者によってさまざまです。

本事業では、自費歯科診療を受ける方を対象に、治療を選択した背景や治療前後の変化、口腔環境、生活の質（QOL）、対人コミュニケーション、治療満足度、継続状況等について調査を行います。

実際に治療を受けた方の声や経験を収集・分析し、自費歯科診療における利用実態や課題、ニーズを把握することで、今後の歯科医療や関連サービス、本事業の運営改善につなげることを目的としています。

また、所定の調査参加要件を満たし、調査・アンケート等にご協力いただいた方には、本事業の規定に基づき給付を行います。本事業における「支援」は、特定の治療費を単に値引き・割引することを目的とするものではなく、調査活動を通じて利用者の声や経験を今後のサービス向上に活かすための取り組みです。

申請スケジュール

申請期間：令和 8 年 9 月 1 日 ～ 令和 9 年 2 月 28 日

支援対象期間：令和 8 年 9 月 1 日 ～ 令和 10 年 2 月 29 日

支援対象期間 【支援対象となる実施、支払い等を行う期間】 1 年間

本事業の支援対象者

本事業は、対象となる歯科自費診療を希望し、本事業の目的および趣旨を十分に理解したうえで、所定の申請手続きを行う方を対象とします。

支援対象者は、以下の要件を満たすものとします。

- ・ 本事業が定める対象治療を受けること
- ・ 交付決定前に対象治療を完了していないこと
- ・ 認定支援パートナーを通じて本事業の申請を行うこと
- ・ 申請内容と実際に実施する治療内容が一致していること
- ・ 治療完了後の実績報告に協力できること
- ・ アンケートその他当法人が指定する調査に協力できること
- ・ 当法人が求める資料または情報を指定期日までに提出できること
- ・ その他、当法人が定める要件を満たしていること

本事業の対象経費

本事業は、当法人が定める対象となる歯科自費診療を実施するために必要な費用のうち、本事業の目的および支援内容に適合するものに対して支援金を交付します。

対象となる治療内容、治療費および支援金額については、交付申請書、見積書その他提出書類の内容を確認し、当法人が定める基準に基づき決定します。

本事業では、以下の4つの調査枠を設けます。

調査枠

【審美修復調査枠】

歯の色調や形態、表面の状態などに関する審美的な修復治療を対象とする支援枠です。

対象となる治療の実施状況や利用後の変化、満足度等に関する情報を収集し、今後のサービス内容や事業運営の改善に活用することを目的としています。

本事業の趣旨を理解し、所定の調査・アンケート等へご協力いただける方に対して、対象となる治療費の一部を支援します。

対象例

- ・ラミネートベニア
- ・クラウン

【部分修復調査枠】

歯の一部に生じた欠損や形態の変化などに対して行う、部分的な修復治療を対象とする支援枠です。

治療の実施状況や利用状況、治療後の状態等について調査を行い、得られた情報を今後のサービス向上に役立てるための資料として活用します。

調査活動への協力を含む所定の要件を満たす方を対象として、当法人が定める支援金を支給します。

対象例

- ・インレー（詰め物）

【歯列改善調査枠】

歯並びや噛み合わせ、歯列の状態等に関する治療を対象とする支援枠です。

対象となる治療について、実施前後の状況や利用後の変化、満足度等を把握するための調査を実施し、収集した情報を今後のサービス内容や事業運営の見直しに活用します。

所定の条件を満たし、治療後の調査・アンケート等へご協力いただける方を支援対象とします。

対象例

- ・マウスピース型矯正治療

【総合治療調査枠】

口腔内の状態や治療目的に応じて、複数の観点から総合的に行われる歯科自費診療を対象とする支援枠です。

本支援枠では、治療の実施状況、利用後の変化、満足度等について幅広く情報を収集し、その結果を分析することで、今後のサービス向上や事業内容の改善につなげます。

本事業の調査目的にご理解いただき、所定の調査活動へご協力いただける方に対して、支援内容を決定します。

支援対象外となる経費

以下に該当する費用については、原則として支援対象外とします。

1. 本事業が定める対象治療または対象プランに該当しない費用
2. 公的医療保険が適用される診療に係る費用
3. 交付申請内容と異なる治療に係る費用
4. 交付決定前に実施または支払いが完了した治療費
5. 通院に伴う交通費、宿泊費その他付随費用
6. キャンセル料、延滞金その他治療そのものに該当しない費用
7. その他、当法人が本事業の対象として適当でないと判断した費用

※消費税その他支援金算定上の取扱いについては、別途当法人が定めるものとします。

交付申請について

- ・本事業を利用する場合は、原則として当法人が認定する「認定支援パートナー」を通じて申請を行うものとします。

認定支援パートナーとは

本事業における認定支援パートナーとは、対象者が本事業の内容を理解し、申請から対象治療の実施、実績報告および支援金の受給までを円滑に進められるよう、当法人が認定した事業者を指します。

認定支援パートナーは、対象者が希望する治療内容や利用目的等を確認したうえで、本事業の概要、対象となる治療、支援枠、支援金額および申請条件等について説明し、申請に必要な情報を整理します。

また、交付申請書類の作成、必要書類の確認、治療実施後の実績報告その他本事業の利用に必要な手続きをサポートします。

採択後も、対象治療の実施状況、支払い状況および必要書類等を確認し、実績報告やアンケート等が円滑に行われるよう必要なサポートを行います。

審査基準について

本事業の審査基準は以下のとおりとします。

- ・当法人の本事業について理解し、治療実施後の実績報告および調査に協力できること
- ・申請者が本事業の支援対象要件を満たしていること
- ・交付申請書と見積書の内容が合致していること
- ・申請した支援枠と治療内容が合致していること
- ・申請内容に虚偽または重大な不備がないこと
- ・その他、当法人が定める審査基準を満たしていること

注意事項

(1) 審査および自己負担について

本事業には審査があり、不採択となる場合があります。また、事業の遂行にあたっては自己負担が必要となり、支援金は後払い方式となります。なお、認定支援パートナーは実施証明書類・支援事業申請書類を事前に当法人へ提出するものとします。

(2) 実施後経過調査への協力

当法人では、対象治療実施後の口腔環境、生活の質（QOL）、対人コミュニケーション、治療満足度等について、指定項目によるアンケートまたはレポートの提出をお願いしています。

(3) 当法人が求める情報の提供に関する協力

申請者は、当法人が、必要な資料及び情報等を求めたときは、当法人の指定する期日までに当法人に対して提供することに同意した上で、本事業の交付申請を行うものとします。

なお、申請者は、認定支援パートナーを通じて、当該資料及び情報等を当法人に提供させることができるものとします。

申請者

歯科自費診療支援事業に係る申請書に記載の申請者のみに限ります。

交付申請書類について

申請書類一式は、電子申請又は郵送よりご提出ください。（持参は不可）

(1) 電子申請

- ・認定支援パートナーよりフォーム及び見積り書、交付申請書を送付します。申請フォームの内容に沿って記入及び書類のアップロードをしてください。
- ・見積書、交付申請書の提出が必須となります。見積書は数量、単価、内訳内容まで記載したものをご提出してください。

(2) 郵送申請

- ・認定支援パートナーより見積書、交付申請書を送付します。
- 各書類の内容に沿って記入し、各書類のコピーをすべて同封し、下記宛先まで郵送してください。
- ・見積書、交付申請書の提出が必須となります。見積書は数量、単価、内訳内容まで記載したものをご提出してください。

住所：東京都中央区新川1丁目16-7 naoshiビル 3階

担当：歯科自費診療支援事業

電話番号：03-4500-5376

- ・申請手続き後、当法人で審査の上採択結果を申請方法に沿って電子メールにてお送りいたします。

交付決定対象者には交付決定通知書を合わせてお送りいたします。

※不採択となった者にも申請方法に沿って電子メールにてご報告いたします。

※審査結果の詳細に関しましては非公開とさせていただきます。

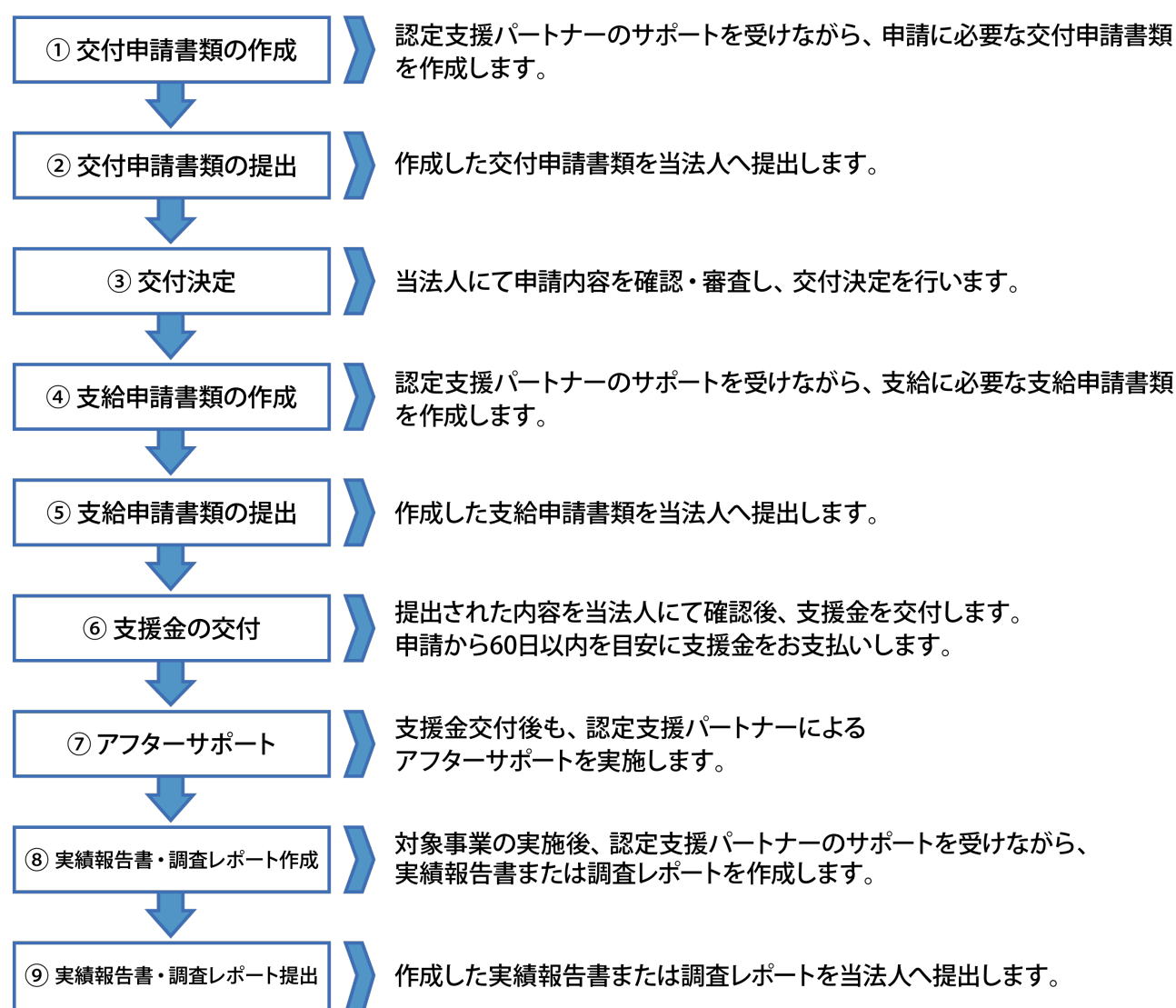
4. 申請から支援金支払いまでの流れ

本事業の実施は、申請内容及び決定通知書の内容に沿って支援金レポートの送付及び実施を完了ください。支援対象期間は翌月 1 日から起算して 1 年 を経過するまでの期間（本事業では、令和 10 年 2 月 29 日）とします。

（例）令和 8 年 9 月下旬に決定の場合

（支援対象期間は令和 8 年 10 月～令和 9 年 10 月末日）

本事業をご利用いただく際は、まず認定支援パートナー「歯科自費診療支援事業」に関するお問い合わせをいただきます。その後、認定支援パートナーのサポートのもと、交付申請から実績報告、支援金の交付、事業実施後の効果報告まで進めていただきます。



支援金対応期間：2026 年 9 月 1 日 ～ 2028 年 2 月 29 日

※支援対象となる契約、取得、実施、支払い等を実施すべき期間：1年間

又、対象企業への支給日に関して原則実施後約3カ月程度にて当法人より支給するものとします。

※申請状況により、支給日が前後する場合がございます。

申請書類の作成及び提出等、申請に係る経費は、申請者の負担になります。

申請書類を提出する者及び連絡担当者は、申請対象者本人に限ります。

提出された申請書類は、交付決定の可否に関わらず返却しませんので、必ず写しを保管してください。

内容についてお問い合わせをさせていただく場合があります。

受付最終日（申請書提出期限）の時点で不備・不足のある申請書類は受け付けません。

また、申請書類は当法人に到着した順に内容を確認し、不備、不足が無いことを確認できたものから審査します（申請書類の到着順ではありません。）受付期間中でも予算額に達した時点で締め切る可能性があります。

締め切り以降に到着した申請書類や締め切り時点で不備、不足のある申請書類は受け付けません。 ご提出いただいても受付できないことがありますので、ご提出の際には、不備・不足の無いよう十分お気をつけください。

支援金調査レポートに関する提出書類

支援金調査レポート

- ・認定支援パートナーより支援金調査レポートが発行されます

本事業調査レポートの項目を確認後不備・不足の無いようご記入ください。

申請に必要な証明書類

本事業の支援対象となる歯科自費診療に係る支払いについては、対象治療が適正に実施され、治療費の支払いが完了していることを確認するため、下記の証明書類をご提出いただく必要があります。

治療を実施した歯科医療機関が発行する正式な領収書に加え、実際に治療費の支払いが行われたことを確認できる資料も併せてご提出ください。

【提出が必要な証明書類】

1. 歯科医療機関が発行した領収書

以下の項目すべてが確認できるものをご提出ください。

- ・ 支援対象者名（宛名）
- ・ 領収日（支払いが行われた日付）
- ・ 領収金額（治療費の支払総額）
- ・ 治療内容および支払い内容の内訳
- ・ 発行元となる歯科医療機関名および発行者印
- ・ 歯科医療機関の所在地および電話番号

2. 支払いを証明するいずれかの資料

以下のいずれか一つをご提出ください。

- ・ 銀行が発行した振込明細書
- ・ 振込内容が確認できる通帳のコピー

※該当箇所が分かるよう明示してください。

- ・ インターネットバンキングの振込履歴の写し

※提出された書類のみでは支払い内容を確認できない場合、追加資料の提出をお願いすることがあります。

支給申請/実施証明書類に関する提出書類

- ・支給申請には、実施証明書類・支援事業申請書類が必須となります。

※契約内容および支払い状況を確認するための書類については、申請者本人名義であることが必要です。

支給申請時には、対象となる治療費の支払いを確認するために必要な書類を、電子メールへの添付または郵送にてご提出いただきます。

郵送にて提出される場合は、事前に当法人までご連絡のうえ、必要書類の写し（コピー）をご送付ください。

支援事業実施証明書類

- ・認定支援パートナーより支援事業実施証明書類が送付されます。

支援事業実施証明書類内の項目を確認後不備・不足の無いよう記入ください。

領収書

・宛先（支援対象企業名）、発行日、領収内容、単価、領収金額がわかるもの・発行元（支払先）の押印を省略し、記名又は自署に替えることも可能です。押印を省略する場合は、書類の発行元の連絡先を記載してください。必要に応じて、確認の連絡をさせていただく場合があります。

支払い証明と支払い条件

現金振込

- ・支払先発行の領収書

※領収書には、宛先（支援対象企業名）

- ・領収日、領収金額、領収の内訳、発行社名・発行者印・所在地・電話番号があること

クレジットカード

- ・申請者本人名義のカードであること
- ・支援対象期間内に決済が完了していること
- ・クレジットカード明細及び領収書の提出

※領収書には、宛先（申請者本人名義）

- ・本支援事業対象経費が30万円以上の支払いで、振込により支払いが困難な場合

ビジネスクレジット（信販会社）

- ・申請者本人による契約であること
- ・契約書類控えの写し、引き落とし開始がわかる書類（通帳、信販会社の通知書等）
- ・本支援事業対象経費が30万円以上の支払いで、振込による支払いが困難な場合

原則として、支援事業終了後の支援金額確定にあたり、申請書類の確認ができない場合については、支援対象外となる場合があります。また、支援事業終了後に、当法人または関係機関の検査員等による実地調査を実施することがあります。当該検査の結果、支援事業の趣旨に反する事項や不適切な申請等が認められた場合には、支援金の返還等を求める場合があります。

暴力団等排除に関する事項

支援対象者は、支援金の申請をするに当たって、また、支援事業の実施期間内及び完了後の将来にわたって下記の事項のいずれにも該当しないことを約束します。虚偽があり、又はこの約束に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

1. 支援対象者が、暴力団員による不当な行為の防止に関する法律（平成3年法律 第77号）第2条第2号に規定する暴力団その他の反社会的勢力（以下、「暴力団等」という。）である場合、又は当団体の役員等（法人である場合は役員又は支店若しくは営業所（常時契約を締結する事務所をいう。）の代表者、任意団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下同じ。）が暴力団等の構成員、関係者に該当する者若しくは暴力団等の構成員でなくなった日から5年を経過しない者（以下、「暴力団員等」という。）の場合
2. 支援対象者が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団等又は暴力団員等を利用するなどしている場合
3. 支援対象者が、暴力団等又は暴力団員等に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団等の維持、運営に協力し、若しくは関与している場合
4. 支援対象者が、暴力団等又は暴力団員等であることを知りながらこれと社会的に非難されるべき関係を有している場合

附則

この規程は、令和8年9月1日から施行し、施行前に生じた事項にも適用する。

一般社団法人 日本みらい推進機構

TEL. 03-4500-5376

(受付時間 平日 10時～18時まで)