（様式１）

令和　　年　　月　　日

高知県知事　濵田　省司　様

申請者

（コンソーシアム幹事者）

 　　　　　住　所

 　　　　　名　称

 　　　　　代表者職・氏名

(コンソーシアム構成員)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

 　　　　　名　称

 　　　　　代表者職・氏名

(コンソーシアム構成員)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

 　　　　　名　称

 　　　　　代表者職・氏名

*※必要に応じてコンソーシアム構成員を追加・削除してください。*

令和５年度高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金（二次募集）企画提案書

高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金（二次募集）募集要領に基づき、企画提案書を別紙のとおり提出します。

**１　コンソーシアムの構成***※組織名は公表します。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 組織名組織代表者名 | 所在地*※郵便番号から記入してください。* | 担当者*※県からの連絡窓口となる方を記入してください。* |
| 幹事者 | ○○会社代表取締役○○○○ | 〒 | 所属部署：役職：氏名：TEL：FAX：E-mail: |
| 構成員 | ○○市○○市長〇〇〇〇 |  | 所属部署：役職：氏名：TEL：FAX：E-mail: |
|  |  | 所属部署：役職：氏名：TEL：FAX：E-mail: |

**２　PL（プロジェクトリーダー）**

*※幹事者に属し、当該事業を遂行する責任者。コンソーシアムが本事業の目的を達成するために必要な事項の調整や進行管理等を主体的に行う方です。*

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 所属部署・役職 |  |
| Tel |  | E-mail |  |

**３　事業の要約***※事業名称、実施場所は公表します。*

|  |  |
| --- | --- |
| (１)事業名称 |  |
| (２)実施概要 | *※「４実施事業の内容」を要約し、事業の全体像を簡潔にまとめてください。* |
| (３)実証実験実施場所（市町村名） |   |

**４　実施事業の内容**※*必要に応じて図や写真等を用いるなどして、分かりやすく記入してください*

|  |  |
| --- | --- |
| (１)背景・必要性 | *※事業の背景や必要性について、市場や社会の動向、実証実験実施地域の課題、ニーズなどの具体例を示して説明してください。* |
| (２)事業実施により目指す目標 | *※事業実施により何を目指そうとするのかを具体的に説明してください。また、アイデアとして新しい点や特色、及び競合製品やサービスと比べて優れている点（優位性）や差別化されている点等も説明してください。* |
| (３)解決すべき課題 | *※どのような課題があり、解決するためにどのような製品・サービスの開発を行うのかを説明してください。* |
| (４)実証事項 | *※課題解決の方向性と活用する技術を含めて具体的に記載してください。* |
| (５)事業実施により期待される効果 |  |
| (６)事業実施後の活動予定 | *※実装に向けたプロセスやスケジュールを含めて記載してください。* |
| (７)関連実績 |  |

**５　補助事業の参加者**

*※コンソーシアム構成員において、補助事業に参加する従業員・職員名等を記入してください。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 組織名 | 役職・氏名 | 補助事業における役割 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**６　実証実験の実施体制図**

|  |
| --- |
| *※事業実施主体であるコンソーシアムにおいて、民間企業等、市町村、大学等による実証実験の実施体制を、その関係性や本事業における役割がわかるように記載してください（図・表を用いて分かりやすくしてください。）。* |

**７　スケジュール**

*※項目は実施内容が分かるように記載してください。*

*※必要に応じて、行を追加し、幅も変更してください。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 補助事業期間 | 補助事業期間終了後 |
| 項目 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |  |
| ・・・の検証 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の実証実験 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ・・・の構築〇年〇月～〇年〇月実施予定 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**８　経費明細表**

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに経費明細表を作成してください。*

（名称：　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経費区分 | 種別 | Ａ | Ｂ | Ｂ×補助率 | 積算基礎（税込） |
| 補助事業に要する経費 | 補助対象経費 | 補助金交付申請額 |
| （税込） | （税抜） | （税抜） |
| 機械装置費 | 機械装置費 |  |  |  |  |
| 小計① |  |  |  |  |
| 労務費 | 直接人件費 |  |  |  |  |
| 小計② |  |  |  |  |
| 事業費 | 謝金 |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |
| 原材料費 |  |  |  |  |
| 外注費 |  |  |  |  |
| 特許等関連経費 |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |
| その他諸経費 |  |  |  |  |
| 小計③ |  |  |  |  |
| 合計④(小計①＋②＋③) |  |  |  |  |
| （1,000円未満の端数切り捨て） |  |  |  |  |

*※交付要綱別表第２に定める経費区分・種別に応じて記入してください。表の列数や幅・高さは必要に応じて変更してください。*

*※補助対象経費及び補助金交付申請額は税抜き額を記入してください。補助金交付要綱第６条第２項ただし書の規定による交付の申請をする予定の場合は、理由書（任意様式）を添えた上でＢ、Ｂ×補助率欄に税込み額を記入することができます。ただし、その場合でも、補助金交付要綱第12条第２項及び第３項の規定が除外されるものではありません。*

*※「積算基礎」は、「Ａ補助事業に要する経費（税込）」について単価や数量等の経費の内訳を記入してください。*

*※最下段の（1,000円未満の端数切り捨て）欄には、補助金交付申請額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を記入して*

*ください。*

**９　事業全体に対する資金調達の内訳**

*※コンソーシアム全体とコンソーシアム構成員ごとに内訳を作成してください。*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 事業に要する経費 | 資　金　調　達　先 |
| 自 己 資 金（税込） |  | *（例）〇〇会社* |
| 借　入　金（税込） |  | *（例）○○銀行* |
| 補　助　金（税抜） |  | *（例）高知県ヘルスケア産業実証実験支援事業費補助金* |
| そ　の　他（税込） |  | *（例）ベンチャーキャピタル○○* |
| 合　計　額 |  |  |

（名称：　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

*※「事業に要する経費」の補助金（税抜）には経費明細表の補助金交付申請額（合計④）の1,000円未満の端数を切り捨てた金額を*

*記入してください。*

*※　補助金（税込）表示は、税込み額を記入する場合は（税抜）に変更してください。*