

申請書記載要領

様式第 1 号

福 島 県 知 事

公募期間中としてください。
土日祝日以外としてください。

年 月 日

社印のみでは不可です。代表者印
を押印してください

住 所
名 称
代表者の職・氏名

印

福 島 医 療 ・ 福 祉 機 器 開 発 ・ 事 業 化 事 業 費 補 助 金 交 付 申 請 書

下記のとおり福島医療・福祉機器開発・事業化事業費補助事業を実施したいので、福島県補助金等の交付等に関する規則第4条の規定及び福島医療・福祉機器開発・事業化事業費補助金交付規程第4条の規定により、補助金を交付して下さるよう申請します。

記

本社住所を記載ください。

1 補助金交付申請額

金

円

消費税抜きとしてください。

2 事業着手及び完了予定日

交付決定日 ～ 平成 2 8 年 3 月 3 1 日

単年度事業ですので、この
まま記載ください。

3 補助事業の内容等

様式第 1 - 1 申請企業等の概要

様式第 1 - 2 実証・事業化を行う機器または部品の概要

様式第 1 - 3 施設整備計画

様式第 1 - 4 資金調達内訳及び経費の配分表（予算）

4 添付書類

申請者の企業パンフレット 1 部

申請者の法人定款の写し 1 部

直近 3 期の決算書の写し 1 部

役員等名簿 1 部

その他、募集要領 P 6 の
「提出書類一覧」にある書
類も提出願います。

申請企業等の概要

1 申請者の概要

代 表 者	職・氏名 : Tel : e-mail :	FAX :
連 絡 担 当 者	職・氏名 : Tel : e-mail :	FAX :

2 本社の概要

本 社 の 所 在 地	
資 本 金	百万円
前 年 の 生 産 額	百万円
主 要 製 品 名	
設 立 年 月 日	年 月 日
県内の主な事業所	
県外の主な事業所	
従 業 員 数	人

3 現行の施設等の状況

施 設 等 の 名 称			
施 設 等 の 所 在 地			
敷 地 面 積	m ²	建 築 面 積	m ²
緑 地 面 積	m ²	敷地の緑化率	%
用 地 取 得 年 月 日	年 月 日		
主 要 製 品 名			
業種分類（中・小分類）	業（分類番号 中分類 小分類 ）		

※増設の場合記載すること。

増設・・・既に県内に施設等を有する企業が、当事業を行う場合のこと。
複数の施設がある場合には、主なものを記載。

本事業で整備する施設において実証・事業化を行う各機器又は部品毎に、それぞれ記載してください。

様式第 1 - 2

実証・事業化概要書

※ 1 つの機器又は部品につき、2 ページ以内としてください。

開 発 計 画 名
機器又は部品の実証・事業化の計画について、どのような機器又は部品の開発計画かが分かるよう、端的に記載ください。当計画名は、ホームページに掲載する以外に、マスコミや学会発表等にも掲載する場合がありますので、要領良く端的に纏めてください。
① 研究開発の経緯（医療福祉現場での課題、研究開発の背景）
② 実証及び事業化の詳細内容
(ア) 実証・事業化における施設整備の必要性 (イ) 本事業期間における詳細な実証・事業化計画
薬事申請等を含めた実証・事業化の今後のスケジュールが分かるよう記載ください。
④ 専門用語等の解説

施設等整備計画書

1 投資計画の概要（2 ページ以内）

（投資計画の内容について記載すること）

- ①目的
- ②内容（新・増設、業種、投資の具体的内容、投資額、場所等）
- ③雇用計画
- ④土地・建物・設備の計画
- ⑤操業開始日
- ⑥その他

具体的かつ詳細に記載ください。
必要な資料がある場合には添付してください。

2 工事等の日程

ア 土地購入予定	年	月	日
イ 造成工事着工予定	年	月	日
ウ 建物工事着工予定	年	月	日
エ 設備設置開始予定	年	月	日
オ 操業開始予定	年	月	日

3 投資予定の施設等の概要

施設等の名称			
施設等の所在地			
敷地面積	m ²	建築面積	m ²
緑地面積	m ²	敷地の緑化率	%
用地取得年月日	年 月 日		
主要製品名			
業種分類（中・小分類）	業（分類番号 中分類 小分類）		

※新設・増設する施設等について記載すること。

4 雇用の状況及び雇用計画

	補助金対象企業指定 申請時	増加予定従業員数	操業開始予定時
従業員数	人	人	人
うち正規雇用者数	人	人	人
うち新規地元 雇用者数		人	人
うちその他雇用 者数（※）	人	人	人

※直接契約している従業員のうち、雇用契約期間1年未満の者、短時間勤務の者等について記載のこと。

資金調達内訳及び経費の配分表（予算）

(収入の部)

具体的にご記載ください。

(単位：円)

区 分	予 算 額	調達先等（金額の内訳）
自己資金		
借入金		
その他		
補助金申請額		
計		

※「補助金申請額」については、千円未満の端数を切り捨てて記入してください。

消費税抜きで記載ください。

(支出の部)

当該補助金申請額は、P1の補助金申請額と同じ数値になります。

(単位：円)

区 分	経費全体額 (A)	補助対象経 費 (A)のうち、補助 対象外の経費を除 いた額 (B))	補助金申請 額 (B) × 補助率 (1円未満切り捨 て)	明 細
1 土地取得費				
2 建築費				
3 機械設備費				
4 謝金				
5 旅費				
6 事務経費				
7 消耗品費				
8 外注費				
9 人件費				
10 その他				
計				

※補助金申請額の計は、千円未満を切り捨ててください。

※「明細」欄には「経費全体額」の積算内訳として必ず記載してください(「明細」については別紙としても差し支えないので、明確に記載してください)。

※申請時に認められた補助対象経費が全て必ず認められるわけではありません。
事業完了後に実施する検査において認められた金額が、確定金額となります。

福島医療・福祉機器開発・事業化事業費補助金
施設等整備協定確認書

福島県内における施設等の整備について、下記の内容で行うこととし、福島県、市町村がそれぞれ確認する。

記

1 着工予定日	平成 年 月 日
2 完了予定日	平成 年 月 日
3 操業開始予定日	平成 年 月 日
4 投資計画額	(千円)
5 増加する新規地元雇用者数	(人)

○協定確認日：平成 年 月 日（県が後日記入）

○事業者
（住所）
（名称） (代表者名) 印

○市町村長

印

○福島県知事
（指定決定後に押印する）

印

※本様式は、市町村長の確認を得た後、県に3部提出すること。