**令和元年度健康課題解決型支援事業**

**企画応募申請書類等様式**

○ 誓約書………………………………………………………… [様式１]

○ 企画提案書…………………………………………………… [様式２]

○ 収支予算書…………………………………………………… [様式３]

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※別紙Excelファイル様式

○ 会社概要表…………………………………………………… [様式４]

○ 実績書………………………………………………………… [様式５]

○ 質問書………………………………………………………… [様式６]

[様式１]

**誓　約　書**

令和　　年　　月　　日

（公財）沖縄県保健医療福祉事業団

理 事 長　安里　哲好　殿

住　　所

会 社 名

代表者名　 　 印

「令和元年度健康課題解決型支援事業」の企画提案にあたり、下記のことを誓約します。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることになっても、異議は一切申し立てません。また、事業団が必要と判断した場合には、沖縄県警察本部に照会することについて承諾します。

記

１　地方自治法施行令第167条の４第１項の規定に該当しない者であること。

２　宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体でないこと。

３　沖縄県暴力団排除条例第２条（平成23年条例第35号）第２号に規定する暴力団員または暴力団員と密接な関係を有する者に該当しないこと。

※共同企業体の場合は、すべての構成企業について提出が必要です。

[様式２]

令和元年度 健康課題解決型支援事業

**企画提案書**

令和元年　　月　　日

事業所・市町村名

住 　所

代 表 者 氏 名 　　　　　　　　　 　印

連絡先（電話番号）

|  |
| --- |
| 提案事業名： |

|  |
| --- |
| **企画提案内容** |
| **１．事業の目的****２．事業の背景・課題****３．事業概要****４．実施・運営計画**※交付決定日を令和元年8月1日(木)と仮定した事業スケジュールも記載ください。**５．実施・運営体制****６．次年度以降の事業計画**※補助終了後の事業の自走化へ向けた計画をできる限り具体的に記載ください。**７．事業評価方法****８．その他特記事項** |

* 企画提案書には頁番号を記載すること。

[様式４]

**会　社　概　要　表**

|  |  |
| --- | --- |
| 会　　社　　名（代表者氏名） |  |
| 沖縄における本店又は支店の住所 |  |
| 設　立　年　月 |  | 関　係　会　社 |  |
| 資　　本　　金 | 円 |
| 社　　員　　数 | 　　　　　　　　　人 |
| 主要加盟団体 |  |  |  |
| 会社の主要業務：  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 主要株主 | 株　　主　　名 | 持　株　割　合 |
|  | （％） |
|  |  |
|  |  |

※既存の資料（会社パンフレット等）があれば１部を添付してください。

[様式５]

**実 　績 　書**

　　　　　　　　　　　会社名

※過去5年間（平成26年度～30年度）の実績を記入して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　度 | 事　業　名 | 事　業　額 | 事　業　概　要 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※共同企業体の場合は、構成企業ごとに本様式を作成してください。

 [様式６]

令和元年度 健康課題解決型支援事業

**質　問　票**

令和元年　　月　　日

　　　　　　　　　　　**質問者**

|  |  |
| --- | --- |
| 行政機関/企業 |  |
| 代 表 者 名 |  |
| 担 当 者 名 |  |
| 電 話 番 号 |  |

|  |
| --- |
| 質問内容 |
|  |