**令和２年度健康課題解決型支援事業**

**助成金申請書類等様式**

申請書類

○ 助成申請書…………………………………………………… [第1号様式]

○ 事業計画変更承認申請書…………………………………… [第２号様式]

○ 事業中止（廃止）承認申請書……………………………… [第３号様式]

○ 助成申請取下書……………………………………………… [第４号様式]

○ 事業完了報告書……………………………………………… [第５号様式]

○ 助成金請求書………………………………………………… [第６号様式]

別紙

○ 誓約書………………………………………………………… [別紙１]

〇 事業計画書…………………………………………………… [別紙２]

○ 収支予算書…………………………………………………… [別紙３]

○ 会社概要表・実績書………………………………………… [別紙４-１、４-２]

○ 質問書………………………………………………………… [別紙５]

○ 事業経費明細書……………………………………………… [別紙６]

○ 契約書………………………………………………………… [別紙７]

※別紙３、別紙６は別ファイル(Excel)です。忘れずダウンロードしてください。

第１号様式（第５条関係）

　　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

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和２年度健康課題解決型支援事業助成申請書

健康課題解決型支援事業として、下記のとおり事業を行いたいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第５条の規定に基づき申請します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金申請額　　　　　　　金　　　　　　　　円

３　連携企業・団体または行政機関（事業実施するにあたっての連携先）

連携事業者

　担当部署　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　電話番号　　　　　　　　　　　　　e-mail

４　助成金申請にあたり、本事業の助成要綱及び応募要領、事務マニュアルを熟読し、内容を理解しました。

　　　　　　　　　署　名　　　　　担当者氏名　　　　　　　　　　　印

※助成対象事業の担当者の署名

第２号様式（第７条関係）

　　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

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和２年度健康課題解決型支援事業

事業計画変更承認申請書

　　　年　　月　　日付沖事第　号で助成決定通知のあった事業に関して事業計画を変更したいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第７条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　助成対象事業名 |  |
| ２　助成予定金額 | 金　　　　　　円 |
| ３　計画変更後  助成申請額 | 金　　　　　　円 |
| ４　変更内容及び理由 |  |
| ５　添付書類 |  |

第３号様式（第７条関係）

　　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

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和２年度健康課題解決型支援事業

事業中止（廃止）承認申請書

　　年 月 日付沖事第 号をもって交付決定された助成事業を下記により中止（廃止）したいので、健康課題解決型支援事業助成要綱第７条の規定に基づき申請いたします。

記

１　助成対象事業名

２　中止（廃止）理由

第４号様式（第８条関係）

　　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

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和２年度健康課題解決型支援事業助成申請取下書

　　年　　月　　日付沖事第 号で助成決定を受けました下記事業については、助成申請を取下げいたします。

記

１　助成対象事業名

２　取下げ理由

第５号様式（第９条関係）

　　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

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和２年度健康課題解決型支援事業完了報告書

　　年　　月　　日付沖事第 　号で助成決定のありました事業が完了しましたので、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金精算額　　　金　　　　　　　　円

３　関係書類

（１） 事業実施報告書

（２） 事業経費明細書(別紙６)

（３） 証拠書類等

（４） 印刷物

（５） その他成果物（　　　　　　　　　　　　）

第６号様式（第１１条関係）

　　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

名 称

代表者　　　　　　　　　　　印

令和２年度健康課題解決型支援事業助成金請求書

　　年　　月　　日付沖事第 　号で助成決定のありました助成金について、令和2年度健康課題解決型支援事業助成要綱第１１条に基づき、下記の通り請求します。

記

１　助成対象事業名

２　助成金請求額　　金　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 口座の種類 | 普通 　　　・ 　　　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |
| カナ名義 |  |

　※通帳の口座名義人（カタカナ表記）の記載部分のコピーも添付して下さい。

[別紙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２年度健康課題解決型支援事業」の助成申請にあたり、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。

[別紙２]

令和２年度 健康課題解決型支援事業

**事業計画書**

令和２年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 |  | 代表者氏名 | 印 |
| 担 当 部 署 |  | 担 当 者 名 |  |
| 電 話 番 号 |  | e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |
| --- |
| 事業名： |

|  |
| --- |
| **事業内容** |
| **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２年6月15日(月)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**  ※助成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** |

* 事業計画書には頁番号を記載すること。

[別紙４-１]

**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。

[別紙４-２]

**実 　績 　書**

　　　　　　　　　　　会社名

※過去5年間（平成2７年度～令和元年度）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。

[別紙５]

令和２年度 健康課題解決型支援事業

**質　問　票**

令和２年　　月　　日

**質問者**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 者 名  （企業/団体/行政） |  |
| 代 表 者 名 |  |
| 担 当 者 名 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| e-mailｱﾄﾞﾚｽ |  |

|  |
| --- |
| 質問内容 |
|  |

令和２年度健康課題解決型支援事業助成契約書

（公財）沖縄県保健医療福祉事業団理事長安里哲好（以下「甲」とする。）と、〇〇〇（以下、「乙」とする。）及び連携先企業・団体・市町村（以下「丙」とする）は、以下の内容について合意し、令和２年度健康課題解決型支援事業（以下「本助成事業」とする。）にかかる助成金の交付等ついて、契約を締結する。

第１条　甲は、乙及び丙が共同、連携して実施する〇〇〇事業（以下「対象事業」とする）について、別に定める本助成事業の要綱、応募要領、事務マニュアル（以下「要綱等」とする）の定めに基づき、助成金を交付する。

第２条　乙及び丙は、対象事業の実施及び助成金の請求及びその交付を受けるにあたって、前条に列挙する要綱等に定める内容その他必要に応じて甲の付する条件を順守する。

第３条　乙は、対象事業完了の日から３０日以内若しくは令和３年２月２６日のいずれか早い日までに要綱等に定める完了報告を行うものとする。

２　甲は、前項の期間内に乙による完了報告が履行されず、２週間以内の期間を定めて履行の督促を行ってもなおその履行がなされない場合は、乙が助成金の交付を辞退したものとみなすことができる。

第４条　甲は、前条の完了報告の内容を審査したうえで助成金の金額を確定し、乙に対して通知するものとする。

２　甲は、以下の各号にあたる場合は該当する経費を控除した額を助成金の確定額とすることができる。

（１）経費にかかる客観的な証憑書類が提出されていない場合

（２）助成対象期間外の経費が含まれている場合

（３）甲の承認を得ることなく変更、追加されている経費がある場合

（４）要綱等あるいは甲の付した条件に抵触する内容がある場合

第５条　乙は、前条による通知を受けたときは、要綱等の定める手続きに従い甲に対し助成金を請求するものとし、甲はその請求を受けたときは乙に対し速やかに助成金を交付するものとする。

２　甲は前項の助成金の交付後、申請内容、完了報告の内容等に虚偽、誤り、本契約書第４条第２項各号に該当する事実、その他重大な違反が明らかになった場合は、乙に対し助成金の一部又は全部の返還を請求することができる。

３　前項について、乙が正当な理由なくその返還に応じない場合、丙は乙の甲に対する債務の履行を確保するための協力を行うこと。

第６条　本契約書に記載のない事項については、要綱等の定めによるものとし、それにより解決しがたい事象が生じた場合、甲、乙、丙による協議によって解決を図るものとする。

上記内容についての合意を証するため、本書３通を作成し、甲乙丙記名押印のうえ、それぞれ１通を保管するものとする。

令和２年　月　日

甲　浦添市沢岻２-２３-１

公益財団法人沖縄県保健医療福祉事業団

理事長　安里　哲好

　乙

　丙