

島根県知事 様

申請者
住所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金書面審査申請書
このことについて、下記のとおり申請します。

記

1 補助事業の区分 事業化支援枠 / 可能性検証枠

申請する補助
区分に○印

2 補助事業の目的及び内容
別紙1のとおり

3 補助事業に要する経費及び補助金交付申請額
補助事業に要する経費 円
補助金交付申請額 円

事業費全体額(但し、補助
対象経費に該当するもの)

事業費全体額の2分の1
以内且つ補助限度額以内

4 補助事業完了予定期日
年 月 日

別紙1 (事業化支援枠)

○補助事業計画書
(ア) 事業計画

「事業化支援枠」申請用の別紙1です。
「可能性検証枠」申請用は別にあります。

事業名称			
テーマ (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 健康経営 <input type="checkbox"/> 生活支援、疾病・介護予防サービス <input type="checkbox"/> ヘルスツーリズム		
補助事業者	企業・団体名 代表者職・氏名		
	担当者連絡先 住所 (申請者と異なる場合) 部署・職・氏名 電話、FAX E-mail		
事業概要	<p>公募要領P2「3. 補助対象事業」及びP6「表2 審査項目」の記載事項を踏まえ概要を記載。</p> <p>事業化してからの収益、利用者数等の数値目標を記載してください。事業化した「初年度」と「3~5年後」それぞれ、記入。</p>		
実施地域 (市町村名)	市町村との連携 の有無	有 ・ 無 (担当課：)	
事業化 数値目標	事業化年度	〇〇年後 (3~5年設定)	

(イ) 事業内容

目的	どのような「健康」キーワードに対し、どうやって行きたいか。
実施地域の課題、ニーズ	実施する地域にはどのような健康課題や健康ニーズがあるのか。 それが、実施事業に繋がって行くように記載。
健康維持増進に繋がるポイント及びその効果	実施する事業は、健康維持増進や行動変容等にどう繋がるか。
市場性・医学的エビデンス	実施する事業の市場はどのくらいあるのか。 または、どのような医学的エビデンスがあるのか。
本事業における有料サービス提供の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
具体的な内容	補助事業実施中に有料サービスの提供があるか。 事業概要で記載した内容を具体的に記載

(ウ) 実施体制

事業者・機関名	業種	担当者 (職・氏名)	役割	同意の有無
実施事業に関する事業者等を記載。				

(エ) 実施体制図

--

※事業実施主体である補助事業者のもと、医療福祉・商工関係等の団体、大学、市町村等による実施体制がとられている場合は、その関係や役割がわかるように記載してください。

(オ) 事業計画（事業完了後を含む）

項目	事業実施年度									翌年度
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	

(カ) 事業化概要図（予定）

以下の項目を含むように、事業全体の概要を A4 サイズ 1 枚程度で作成してください。

- ・ 健康の維持増進につながるポイント
- ・ 収益モデル
- ・ 継続して利用される仕組み
- ・ 各事業者、機関の役割
- ・ サービス等提供主体
- ・ 利用者、実証に係る参加者

(キ) 経費内訳 (事業化支援枠)

(単位: 円)

経費区分	項目	単位					備考
旅費							
会議費							
謝金							
借料							
外注費							
印刷製本費							
賃金							
通信運搬費							
原材料費							
消耗品費							
特許等経費							
その他の経費							
合計							

「事業化支援枠」申請用の経費内訳書です。
「可能性検証枠」申請用は別にあります。

※消費税等は補助対象経費から除外して補助金額を算定してください。

(ク) 資金調達の内訳

区 分	金 額 (円)	資 金 調 達 先
自己資金		
借入金		
補助金		
その他		
合計		

別紙1 (可能性検証枠)

○補助事業計画書
(ア) 事業計画

「可能性検証枠」申請用の別紙1です。
「事業化支援枠」申請用は別にあります。

事業名称			
テーマ (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 健康経営 <input type="checkbox"/> 生活支援、疾病・介護予防サービス <input type="checkbox"/> ヘルスツーリズム		
補助事業者	企業・団体名 代表者職・氏名		
	担当者連絡先 住所 (申請者と異なる場合) 部署・職・氏名 電話、FAX E-mail		
事業概要	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>以下、記入例は「事業化支援枠」と同じ。 可能性検証後、どのような事業を実施するの を含め記載</p> </div>		
実施地域 (市町村名)		市町村との連携 の有無	有 ・ 無 (担当課：)
事業化 数値目標	事業化年度	〇〇年後 (3~5年設定)	

(イ) 事業内容

目的	
実施地域の 課題、ニーズ	
健康維持増進に 繋がるポイント 及びその効果	
可能性検証の 方法と結果(予定)	
具体的な内容	

(ウ) 実施体制

事業者・機関名	業種	担当者 (職・氏名)	役割	同意の 有 無

(エ) 実施体制図



※事業実施主体である補助事業者のもと、医療福祉・商工関係等の団体、大学、市町村等との連携・協働体制を組む場合はその関係や役割がわかるように記載してください。

(オ) 事業計画（事業完了後を含む）

項目	事業実施年度									翌年度
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	

(カ) 事業化概要図（予定）

以下の項目を含むように、事業全体の概要を A4 サイズ 1 枚程度で作成してください。

- ・ 市場調査、医学的検証等の位置づけ
- ・ 健康の維持増進につながるポイント
- ・ 収益モデル
- ・ 継続して利用される仕組み
- ・ 各事業者、機関の役割
- ・ サービス等提供主体
- ・ 利用者、実証に係る参加者

(キ) 経費内訳 (可能性検証枠)

(単位: 円)

経費区分	項目						備考
旅費							
会議費							
謝金							
借料							
外注費							
印刷製本費							
賃金							
通信運搬費							
原材料費							
消耗品費							
特許等経費							
その他の経費							
合計							

「可能性検証枠」申請用の経費内訳書です。
「事業化支援枠」申請用は別にあります。

※消費税等は補助対象経費から除外して補助金額を算定してください。

(ク) 資金調達の内訳

区 分	金 額 (円)	資 金 調 達 先
自己資金		
借入金		
補助金		
その他		
合計		

別紙2

本事業に関する他の補助金又は委託費の交付（予定含む）を受けた実績説明書
 （本様式は、以下の（注）を参考に、該当案件がある場合のみ作成してください。）

事業名称	
事業主体 （国、県、財団等）	
実施事業名	
提案額	千円
補助・委託額	千円
実施期間	
事業内容及び 補助・委託事業 計画との相違点	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>申請する補助事業に関する補助金等の交付 を受けた場合提出が必要。 （該当する場合のみ提出）</p> </div>
その他	

（注1）国・県・財団等（各々に関連した特殊法人等の外郭機関を含む）による助成事業（委託費・補助金等）において、「過去5年以内に実施済」又は「現在実施中」若しくは「現在申請中」及び「今後申請予定」とされているもののうち、本委託事業計画と類似した事業内容（同一実施者の関与又は同一の技術シーズを用いるなど）と思われるもの又はその恐れがあるものについては、当該案件ごとに双方の事業内容の相違点等について簡潔に説明してください。

（注2）複数案件がある場合は案件ごとに本ページを複製して作成してください。

島根県知事 様

申請者
住所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金交付申請書

補助金等交付規則第4条の規定により、下記のとおり島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金の交付を申請します。

記

1 補助事業の区分 事業化支援枠 / 可能性検証枠

2 補助事業の目的及び内容
別紙1 補助事業計画書のとおり

別紙1は書面審査申請書提出時に添付した
ものと同じ

3 補助事業に要する経費及び補助金交付申請額
補助事業に要する経費 円
補助金交付申請額 円

4 補助事業完了予定期日
年 月 日

当該補助事業の補助金の交付の決定のあった日の属する会計年度終了後5年間、各年度の事業化の状況を当該年度の翌年度の4月30日までに提出。(事業化支援枠のみ)

年 月 日

島根県知事 様

申請者
住所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金事業化状況等報告書

年 月 日付け指令産第 号で交付決定があったこの補助事業に関し、年度の事業化状況等について、下記のとおり報告します。

記

1 補助事業の実施結果の事業化等の有無

- (1) 補助事業の実施結果の事業化 有 ・ 無
 (2) 産業財産権の譲渡又は実施権の設定 有 ・ 無
 (3) 補助事業の実施結果の他への供与 ((1)及び(2)に掲げるものを除く。) 有 ・ 無

2 事業化等が「有」の場合

(単位：円)

事業計画	企業等の名称	事業に要した全経費	補助金確定額	補助事業に係る本年度収益額	控除額	本年度までの補助事業に係る支出額	基準納付額	前年度までの補助事業に係る県への累積納付額	本年度納付額

(備考)

- 「補助事業に係る本年度収益額」とは、補助事業の実施結果の事業化、産業財産権の譲渡又は実施権の設定その他当該補助事業の実施結果の他への供与による収益全体をいう。
- 「控除額」とは、補助事業に要した全経費のうち、補助事業者が自己負担によって支出した経費の5分の1に相当する額をいう。
- 「本年度までの補助事業に係る支出額」とは、本年度までに補助事業に要する経費として支出された全ての経費（補助金及び自己負担金）をいう。
- 「基準納付額」とは、補助事業に係る本年度収益額から控除額を差し引いた額に「補助金確定額」を乗じ、「本年度までの補助事業に係る支出額」で除した額をいう。
- 「前年度までの補助事業に係る県への累積納付額」とは、前年度までの収益に伴う納付金の合計額をいい、補助金確定額を限度とする。
- 「本年度納付額」とは、基準納付額とする。ただし、基準納付額及び前年度までの補助事業に係る県への累積納付額の合計額が補助金確定額を超える場合には、補助金確定額から前年度までの補助事業に係る県への累積納付額を差し引いた残額を本年度納付額とする。

様式第4号

補助事業に基づく発明、考案等に関して産業財産権を交付決定年度又は交付決定年度の終了後5年以内に出願し、若しくは取得した場合又はこれを譲渡し、若しくはこれに実施権を設定した場合には速やかに提出

年 月 日

島根県知事 様

申請者
住所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助事業産業財産権取得等届出書

年 月 日付け指令産第 号で交付決定があったこの補助事業に関して、下記のとおり産業財産権の出願（取得・譲渡・実施権の設定）をしたので、届け出ます。

記

- 1 事業名
- 2 産業財産権の種類
- 3 発明等の名称
- 4 出願（登録）年月日
- 5 出願（登録）番号
- 6 発明等の内容
- 7 相手先、条件及び譲渡（実施権の設定）年月日（注）

（注） 譲渡又は実施権の設定の場合のみ記載すること。

補助事業者等は、次の各号のいずれかに該当する場合に提出。(但し、軽微な変更を除く)

- (1) 補助事業等に要する経費の配分の変更をするとき。
- (2) 補助事業等の内容の変更をするとき。
- (3) 補助事業等を中止し、又は廃止するとき。

月 日

島根県知事 様

申請者
住所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金事業変更(中止・廃止)承認申請書

年 月 日付け指令産第 号で交付決定の通知があったこの補助事業について、下記のとおり変更(中止・廃止)したいので、補助金等交付規則第9条第1項の規定により承認を申請します。

記

- 1 変更(中止・廃止)の理由
- 2 変更の内容(中止の期間・廃止の時期)
 - (1) 変更の内容
 - ア 事業の内容

変更前	変更後

イ 経費の配分

経費区分	補助事業に要する経費(円)		負担区分				備考
			補助金額(円)		自己資金額(円)		
	変更前	変更後	変更前	変更後	変更前	変更後	

(注) 変更のある経費区分のみ記入すること。

- (2) 中止の期間
- (3) 廃止の時期

様式第6号

年 月 日

島根県知事 様

申 請 者
住 所 〒

代表者職・氏名

㊞

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金遅延等報告書

年 月 日付け指令産第 号で交付決定があったこの補助事業の遅延等について、補助金等交付規則第9条第2項の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助事業の進ちよく状況
- 2 補助事業に要した経費
- 3 遅延等の内容及び原因
- 4 遅延等に対して執った措置
- 5 補助事業の遂行及び完了の予定

島根県知事 様

申請者
住所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金実績報告書

年 月 日付け指令産第 号で交付決定があったこの補助事業を 年
月 日付けで完了（廃止）しましたので、補助金等交付規則第10条の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 事業成果報告書（別紙1）
- 2 決算総表（別紙2）
- 3 収支明細書（別紙3）
- 4 補助事業に要した経費及び補助金額
 - (1) 補助事業に要した経費 円
 - (2) 補助金額 円

（備考） 次の算式を明記すること。

補助金所要額－消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額＝補助金額

事業成果報告書

1. 事業の成果

--

2 計画遂行結果及び今後の展開

(1) スケジュール

項目	事業実施年度									翌年度
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	

(2) 内容

--

決 算 総 表

経 費 区 分		予 算 額 (円)		決 算 額 (円)		備 考
		補助事業に 要する経費	補助金額	補助事業に 要した経費	補助金額	
支 出						
	合 計					
	収 入	自己資金				
借入金						
補助金						
その他						
合 計						

収 支 明 細 書

1 支出

経費区分	内容	単 位	数 量	単 価 (円)	金 額 (円)		入 手 (完成) 年月日	支 払 年月日	支 払 先	補助金交 付決定額 (円)	備 考
					予算額	決算額					

2 収入

経 費 区 分	金 額 (円)		調 達 年月日	調 達 先	備 考
	予算額	決算額			

(備考)

- 1 この明細書中、予算額とは申請書の内容説明書に記載したものをいい、補助事業計画を変更した場合には、その承認を受けた計画に基づくものをいう。
- 2 予算額と決算額が著しく相違するときは、その理由を備考欄に記載すること。

様式第8号

年 月 日

島根県知事 様

申 請 者
住 所 〒

代表者職・氏名

印

年度 島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金概算（精算）払請求書

年 月 日付け指令産第 号で交付決定があったこの補助金について、概算（精算）払いを下記のとおり請求します。

記

事業名称	
交付決定額	
概算払受領済額	
今回請求金額	
残額	
理 由	

別紙

積算内訳書

(単位:円)

経費区分	補助事業に 要する経費	補助金額	積算額	備考
旅費				
会議費				
謝金				
借料				
外注費				
印刷製本費				
賃金				
通信運搬費				
原材料費				
消耗品費				
特許等経費				
その他の経 費				
合 計				

年 月 日

島根県知事 様

申 請 者
住 所 〒

代表者職・氏名

㊞

年度島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金に係る消費税及び
地方消費税額の額の確定に伴う報告書

島根発ヘルスケアビジネス事業化補助金交付要綱第9条の規定により、下記のとおり報告します。

記

- | | |
|--|---|
| 1 補助金額（補助金の額の確定通知書により通知のあった額） | 円 |
| 2 補助金の確定時における消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（ア） | 円 |
| 3 消費税額及び地方消費税額の確定に伴う補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（イ） | 円 |
| 4 補助金返還相当額（イ）－（ア） | 円 |

（備考）

- 1 別紙として積算の内訳を添付すること。
- 2 課税事業者の場合であっても、単純に補助金の消費税率及び地方消費税率相当額が消費税及び地方消費税に係る仕入控除による減額等の対象額ではない。