|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※記載不要 |  |

**様式２－１**

**１**

経済産業省「サービス産業強化事業費補助金（認知症共生社会に向けた製品・

サービスの効果検証事業）」提案書

* 該当するものをすべて○で囲んでください。

|  |
| --- |
| １．基本情報 |
| 団体・企業名: | * 本様式は注記事項を削除の上、全体で２～３枚になるように記載してください。
* 各項目については、簡潔な概要を記載の上、「別紙参照」として別途パンフレットや体制図等の資料を添付することも可とします。
 |
| 参加･協力団体または自治体の名称: |  |
| 実証を行う製品･サービス名:  | * 該当するものをすべて○で囲んでください。
 |
| テーマ（分野）: | 1.買い物、2.移動・交通、3.金融・財産管理、4.労働（就労・社会参画）、5.調理・食事、6.入浴・排泄、7.通院・通所、8.服薬、9.その他（　　 　　　） |
| テーマ（対象）： | 1.認知症の人の生活を支援する製品・サービス2.認知症の人の生活を支える家族や介護者を支援する製品・サービス3.認知症の人に関わり得る地域や企業等を支援する製品・サービス4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 本製品・サービスの開発・展開状況： | 1.既にサービスとして提供2.サービス提供のために必要な基本的システムや製品等は開発しているが、サービス提供は未実施3. サービス提供のために必要な基本的システムや製品等の開発も未実施 |
| 事業費： | \ xx,xxx,xxx （初年度概算事業費：\ xx,xxx,xxx ） |
| 健康経営銘柄2020または健康経営優良法人2020の認定： | * 事業費は、様式3「事業収支計画書」の補助対象経費（B)を記入してください。（なお、初回提出時は初年度のみ・概算で可。）

有／無 |
| J-startup企業の認定： | 有／無 |
| ２．事業の概要* 現状の社会がどうなっていて（背景）、提案する製品・サービスの社会実装によりどのような社会を目指すか（誰が・どのような状態になっているか）（目的）、について簡潔に記載してください
 |
| 提案する製品・サービスの社会実装により目指す社会像およびその背景： |  |
| 提案する製品・サービスの概要 | * 提案する製品・サービスの対象や提供価値を明確にし、どのように上記目指す社会を実現するかが分かるよう、簡潔に記載してください。
 |
| 製品・サービスの社会実装に当たっての課題： | * 提案する製品・サービスが現時点でなぜ社会実装できていないか、社会実装のためには何が必要か、について簡潔に記載してください。
* 上記課題の解決のため、具体的に本実証においてどのような事項につき検証を行うのか、について簡潔に記載してください。
 |
| 本実証における検証事項： | * 参加・協力団体または自治体がない場合には記載不要です。（代表団体や代表者につき、公募申請書に記載されていない特記事項があれば記載）
* 参加・協力団体または自治体がある場合には代表団体との関係性、またそれぞれの役割について記載してください。
 |
| 実証の実施体制： |  |

* 一次審査を通過した候補団体におかれては、自治体等とのマッチング（仮）を踏まえ、二次審査前に上記内容を更新の上、再提出を行っていただきます。なお、その際、新たに記載を求める項目を提示する予定としていますので、あらかじめご了承ください。

＜二次審査前に新たに記載を求める項目（例）＞

* 社会実装のための展望、施策の仮説
* 実証における評価指標
* 最長３ヵ年の実証実施計画（対象者像、対象者数、実施事項、実証スケジュール、年度ごとのマイルストーン（初年度は月単位の詳細なスケジュール）等）
* 実証実施に当たっての倫理的配慮