**※ご申請時には、以下赤字の記入要領は削除いただき、15ページ以内で作成ください**

**令和６年度ヘルスケア産業基盤高度化推進事業（地域におけるヘルスケア産業推進事業）**

**中小企業における仕事と介護の両立支援に向けた「介護両立支援ハブ」モデル実証事業**

**事業計画提案書**

**1.申請者情報**

|  |
| --- |
| **実証事業者の基本情報**申請時点の情報を記載ください。 |
| フリガナ |  |
| 法人名 |  |
| 会社HPのURL |  |
| 本社所在地 | 〒 |
| 代表者役職・ |  | 代表電話番号 |
|  | （　　　）　　－ |
| 主たる業種 |  |
| 事業内容 |  |
| 設立年月または開業年月 | 　年　　　月 | 常時使用する従業員数 | 名 | 資本金または出資総額 | 円 |
| 担当者役職・ |  | 担当者電話番号 |
|  | （　　　）　　－ |
| メールアドレス |  |
| 所在地 |  |

**※以下の「連名申請事業者の基本情報」欄は、****コンソーシアム形式での申請時のみ入力ください。**

(3社以上で連名申請をされる場合はこのページの表を複製してお使いください)

|  |
| --- |
| **連名補助事業者の基本情報**申請時点の情報を記載ください。 |
| フリガナ |  |
| 法人名 |  |
| 会社HPのURL |  |
| 本社所在地 | 〒 |
| 代表者役職・役職・ |  | 代表電話番号 |
|  |  | （　　　）　　－ |
| 主たる業種 |  |
| 事業内容 |  |
| 設立年月または開業年月 | 　年　　　月 | 常時使用する従業員数 | 名 | 資本金または出資総額 | 円 |
| 担当者役職・役職・ |  | 担当者電話番号 |
|  |  | （　　　）　　－ |
| メールアドレス |  |
| 所在地 |  |
| **除外要件の該当有無**チェック欄にチェックがない（ひとつでも該当項目がある）場合、公募申請はできません。 |
|[ ]  下記項目のいずれにも該当しない |
| 本事業の交付を受ける者として不適当な者として、次のいずれかに該当する民間事業者等。* 法人等(個人、法人又は団体をいう)が、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)であるとき又は法人等の役員等(個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所(常時契約を締結する事務所をいう)の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下同じ。)が、暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)であるとき。
* 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしているとき。
* 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与しているとき。
* 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれと社会的に非難されるべき関係を有しているとき。
* 法人等が刑事告訴された結果、もしくは民事法上の不法行為を行った結果、係争中であるとき。
 |

|  |
| --- |
| **実証事業者の株主一覧** |
| 企業名　または　個人名 | 申請者の親会社 | 出資比率 |
| 1 | 申請時点の情報を記載ください。該当がない場合は、記載不要です。出資比率の高い順に記載ください。 | [ ]  | 　 | % |
| 2 | 　 | [ ]  | 　 | % |
| 3 | 　 | [ ]  | 　 | % |

|  |
| --- |
| **補助事業者の****役員一覧** |
| 氏名 | フリガナ | 役職名 |
| 1 | 申請時点の情報を記載ください。該当がない場合は、記載不要です。 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 |

**2.事業計画**

* 項目ごとに、必要に応じて「写真」や「図表」を活用する、「小見出し」や「字体を変える(フォントサイズの大きさや太字等)」など、わかりやすくなるように工夫してください。(※改行やページ数も自由に調整ください)
* 記入する文字の大きさは10 ポイント程度としてください。

|  |
| --- |
| **(1)事業実施地域** |
| 実証対象となる民間事業者等が、地域に該当する単独又は複数の道府県・市町村において、取組を行うもの |
| **(2)****事業名称・概要** |
| 1. 事業名称
 |
| 今回申請する事業の、事業名称を簡潔に記載ください。 |
| ② 事業概要 |
| 今回申請する事業の、事業概要を簡潔に記載ください。 |
| **(3)地域の現状と課題** |
| ①事業実施地域の現状 |
| 事業実施地域の概要（立地特性・産業特性・人口動態等）を含め、本事業における取組と特に関係する地域の実情について、具体的に記載ください。 |
| ②地域企業が抱える人材面の課題 |
| 事業実施地域に所在する中小企業等が、人材面で直面している課題や介護両立支援への課題感を、具体的に記載ください。 |
| ③事業実施地域における実証事業者のこれまでの取組及び沿革 |
| ・事業実施地域において、実証事業者がこれまでに取り組んできた内容や取組について、記載ください。特に、(3)②で挙げた課題解決に関する取組や、介護両立支援を実施した実績があれば、その内容を中心に記載ください。・本事業においてコンソーシアム形式で応募する場合は、どのような意図・目的で連携体制を構築するのか、連携により、地域企業の介護両立支援の強化・発展や、モデルとしての自立・継続性の確保等の目的をどのように実現していくのか、といった観点から、具体的に記載ください。 |
| **(4)事業内容** |
| （ア）中小企業における仕事と介護の両立支援を推進する仕組みの継続性・実現性の検証 |
| 本実証事業の事業実施期間後においても、介護両立支援ハブとしての機能を果たすために、両立支援に取り組む企業への訴求、安定した連携体制、必要な財源確保のスキーム等の観点から、実効性と継続性を担保できるモデルとしての設計について具体的に記載ください。 |
| （イ）支援先中小企業に対して、「仕事と介護の両立支援に関する経営者向けガイドライン」の「企業が取り組むべき介護両立支援のアクション」に則して、経営者向け・従業員向けそれぞれの取組を実施すること |
| （イー１）STEP1経営層のコミットメント記載事項例：・意識改革等を目的として、地域内の経営者を対象としたセミナーを実施する。より多くの参加企業・参加者を募るため、支援対象とする企業以外にも、地域の中小企業への参加募集を積極的に行う。（必須項目）・支援先中小企業での、企業経営者からの社内向けメッセージ発信や、介護両立支援の担当者の指名を促す。（必須項目）・地域内の経営層が定期的・継続的に情報交換ができる機会を創出し、地域として介護の両立支援に向き合う機運を高める。 |
| （イー２）STEP2実態の把握と対応記載事項例：・実態把握を目的として、支援先中小企業の社内アンケート調査の実施を支援する。（必須項目）・実態把握を経て、企業が社全体の人材戦略の中に自社内の介護の実情を反映するための支援を行う。・企業が取り組む介護両立支援に対して、適切なアウトプット指標の検討および設定を促す。 |
| （イー３）STEP3情報発信記載事項例：・組織における介護のリテラシーの向上を目的として、介護保険制度の基礎情報のプッシュ型の提供や、地域内の従業員向け研修等の施策を実施する。（必須項目）・地域内共通の相談窓口を明示する。また、実態把握の結果を参照に、地域内の中小企業の従業員向けに個別相談を実施する。（必須項目） |
| （イー４）企業の実情やリソースに応じた、独自の取組の充実記載事項例：・人事労務制度の充実として、独自の休暇制度や勤務形態等、柔軟な働き方を推進するための制度設計を支援する。・福利厚生による経済的な支援として、個別相談等を通じて、仕事と介護の両立に有用な保険外サービスの紹介を行う。保険外サービスの紹介（最適な保険外サービス紹介、保険外サービスを利用する場合の経済的な負担軽減）を行う。・地域内の働く家族介護者やこれから直面する可能性のある従業員の心理的負担を軽減する目的で、相互に知見共有や対話ができるコミュニティを形成する。 |
| (ウ) 地域との連携 |
| 記載事項例：・地域と連携した両立支援を築くため、周辺の自治体・地域包括センターへの取組の共有等を行う。（必須項目）・従業員が適切な介護資源へアクセスできるよう支援を進めるため、企業と介護の専門職が定期的に関わる機会を創出する。 |
| (エ) 外部への発信 |
| ・支援先中小企業に対し、顧客や従業員家族、将来の従業員候補（新卒・転職市場）等への取組の発信を促す。・地域内での取組の発信や参加企業拡大の機会を創出する。 |
| (オ) その他、介護両立支援ハブの機能に係る実効性や継続性の担保や、中小企業における仕事と介護の両立支援を促進する観点で、独自の提案 |
| 独自の提案について記載ください。 |
| 本事業の実施によって見込まれる成果・効果  |
| ・地域企業における取組など、地域や地域企業の抱える課題の解決に向けて、どのような効果・成果が見込まれるのか、具体的に記載ください。・本事業において達成すべき指標として、KPIを設定・記載ください。KPIの達成状況は、補助金の支払額に直接影響することはありませんが、設定内容の具体性・妥当性等は、審査の対象となります。 |

|  |
| --- |
| **(5)実施体制の全体像** |
| 本事業における実施体制及び役割分担がわかるよう図示ください。図表を適宜利用するなど、連携状況が視覚的に分かるように工夫して記載ください。 |

|  |
| --- |
| **(6)事業スケジュール** |
| 事業期間内の実施内容 |
| 本事業の実施ステップが明確になるよう、可能な限り詳細にタスクを分解して記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 実施内容 | 連携先※ | 連携内容※ | 想定される成果物 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

連携先及び連携内容については、上記(4)②での記載内容を基に、該当するタスクについて記載ください。 |
| ■事業スケジュール（線表） |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 |
| 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 | 上 | 下 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **(7)事業開始・完了予定日** |
| ①開始予定日 |
| 令和　　年　　月　　日「開始予定日」は、実際には交付決定日以降となりますが、まずは現時点で想定している開始日を記載ください。 |
| ②完了予定日 |
| 令和　　年　　月　　日原則として、令和7年2月14日までに終了すること。まずは現時点で想定している完了予定日を記載ください。 |

|  |
| --- |
| **(8)支出計画** |
| ※本事業で対象となる経費は下記①～⑦となりますので、科目毎に必要経費を分類して積算し、下表に記載してください。必要に応じて行を追加ください。【総括表】 (単位：円)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経費区分及び内訳 | 要する経費※本事業に係る総額を科目ごとに記載してください | 支援費対象経費※左記経費のうち、支援対象とする科目を記載してください | 支援費申請額 |
| 1. 人件費
 |  |  |  |
| 1. 旅費
 |  |  |  |
| 1. 会議費
 |  |  |  |
| 1. 謝金
 |  |  |  |
| 1. 印刷製本費
 |  |  |  |
| 1. 委託・外注費
 |  |  |  |
| 1. 介護関連サービス利用支援費
 |  |  |  |
| 1. その他諸経費
 |  |  |  |
| 合　計　 | (ｱ)円 | (ｲ)円 | (ｳ)円 |

 |