赤字は記載要領ですので、提出時にはすべて削除してください。

（様式1）

|  |
| --- |
| 平成30年度グローバルニッチトップ企業育成促進事業導入促進補助　公募申請書 |

平成３０年　　月　　日

エム・アール・アイ　リサーチアソシエイツ株式会社　御中

（住所）

（申請団体名）

（申請団体代表者氏名）　　　　　　　　印

標記事業に申請したいので、別添のとおり関係書類を提出します。

記

①申請内容

|  |  |
| --- | --- |
| 機器名称 |  |
| 台数 |  |
| 導入方法 | ※購入、リース、レンタルいずれかを選んで記入してください。 |
| 事業費 | ※対象経費の事業費を記入してください。 |
| 申請額 | ※申請額は上記事業費の1/2（上限100万円）となります。 |

②申請書の記載責任者・連絡者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 所属 |  |
| 電話番号 |  |
| E-MAIL |  |

③機器導入に係る外部資金獲得の状況

|  |
| --- |
| ※直近3年間（本年度を含む）における外部資金獲得事例を記入してください。※具体的には、外部資金名、外部資金の調達先の機関名（国、自治体、その他）、資金対象事業の概要、期間、額、現在の状況について記入してください。※該当がなければ「特になし」と記載してください。 |

（様式2）

|  |
| --- |
| 平成30年度グローバルニッチトップ企業育成促進事業導入促進補助　事業計画書 |

１．医療機関・福祉施設等が抱える課題（機器導入によって解決したいこと）

|  |
| --- |
| 例：認知症の利用者が増加しているため、機器を導入する事で認知症の予防、改善を出来るようにしたい。等 |

２．上記課題を解決するために申請機器を選択した理由

|  |
| --- |
| 例：認知症予防に効果・改善に効果があると説明があること、当施設のレクリエーション等の時間で活用することが出来ると考え該当機器を申請した。等 |

３．今回の事業で実現したいと考える職員の負担軽減、業務時間の短縮等、職員が安心して働ける職場づくりの推進、患者・利用者の満足度向上等の具体的な内容（機器活用方法、期待する効果、運用体制などを記入）

|  |
| --- |
| 例：認知症予防のためにドリルなどを活用しているが、職員が丸付けをする等の業務が必要となっていた。また、利用者が多く、全員に多くの時間を割くことが難しいため不満が出ていた。今回該当機器を導入することで多くの利用者が認知症予防効果を期待することが出来る。等 |

４．支出計画

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 導入機器名称 | 機器単価 | 台数 | 総事業費 | 対象経費の事業費 | 補助金申請額（対象経費の1/2） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（様式３）

|  |
| --- |
| 平成30年度グローバルニッチトップ企業育成促進事業導入促進補助　実績報告書 |

申請団体名：

１　事業実績

|  |  |
| --- | --- |
| 実施内容 | 例：●月機器導入。利用者に機器利用を促すため声かけを行う。●機器導入1ヶ月後：利用者の利用状況を把握する。 ●機器導入3ヶ月後：利用者の利用状況を調整する。●機器導入6ヵ月後：機器を利用した利用者の効果測定を実施する。  |
| 実施期間 | 　　平成　　年　　月　　日　　～　　平成　　年　　月　　日 |
| 成果及び課題 | ※本事業の成果及び課題を記入してください。○成果例：●月機器導入。利用者に機器利用を促すため声かけを行う。●機器導入1ヶ月後：利用者に声をかけなくても利用するようになった。●機器導入3ヶ月後：利用する人が多くなり、利用できない人もいた。●現在：利用する人数は落ち着いている。認知症予防に一定の効果が見受けられた。○課題例：●継続して続ける利用者もいるが、途中で飽きて利用を辞める方も多くみられた。 |
| 今後の取組計画 | 例：今後、利用者が申請機器を利用することで認知症予防に効果があったか見守ると共にサービス満足度の向上を目指す。 |
| 機器導入費用（総額） |  |

※機器の活用状況が確認できる写真を添付してください。

※ 機器導入費用のエビデンスを添付してください。