様式第１

番　　　　　号

年　　月　　日

公益財団法人テクノエイド協会

　理事長　大橋謙策 殿

　　　　　　　　　　　　　　　 開発補助事業者　　住　　　所

名　　　称

代表者等名 　　　　　　　　　印

平成２８年度障害者総合支援事業費補助金（障害者自立支援機器等開発促進事業）

交付申請書

平成２８年度障害者総合支援事業費補助金（障害者自立支援機器等開発促進事業）交付要項第６条の規定に基づき、上記補助金の交付について、下記のとおり申請します。

記

１．開発テーマの名称

２．補助金交付の申請額

　　　　　　　　　　　　　千円

３．補助事業の実施計画書

　　（別紙１）のとおり

４．補助事業に要する経費、補助対象経費及び補助金の配分額

（別紙２）のとおり

５．補助事業の期間及び完了予定日

（１）開始年月日

　　内示日～平成　年　月　日

（２）完了予定年月日

　　平成　年　月　日

６．連絡先（担当者の氏名、所属、職名、住所、電話番号、電子メールアドレス）

　担当者の氏名：

　所属：

　職名：

　住所：

　電話番号：

　電子メールアドレス：

（注）

この申請書には、以下の書面を添付すること。

（１）開発補助事業者の経理の状況を記載した書面

（２）その他協会が指示する書面

（別紙１）

補助事業の実施計画書

以下、応募時の内容に沿って記入していただき、変更がある場合にはその旨を記入してください。

１．分野番号　　：

２．開発テーマ名：

３．補助金交付の申請額　　：金　　　　　　　　千円

４．補助事業の期間　：内示日から平成　　年　　月　　日

* 当該年度の終了日は、当該年度の２月末が限度となります。

５．開発補助事業者及び、経理事務担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開発補助事業者 | 開発機関 | 開発機関名 |  |
| 代表者名 | 印 |
| 所在地 | 〒  Tel：　　　　　　　　　　　　Fax：  E-Mail: |
| 開発代表者 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 連絡先 | 〒  Tel：　　　　　　　　　　　　Fax：  E-Mail: |
| 経理事務  担当者 | | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 連絡先 | 〒  Tel：　　　　　　　　　　　　Fax：  E-Mail: |

* ｢開発補助事業者｣の所在地と｢開発代表者｣及び｢経理事務担当者｣の連絡先が同様の場合は記載不要です。

６．開発組織体制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開発担当者名 | | | 分担する開発項目  (エフォート) | | 開発機関  (開発実施場所) | 職名 |
| 開発代表者 | | | | | | |
|  | |  |  | （　　％） |  |  |
| 開発分担者 | | | | | | |
|  |  | |  | （　　％） |  |  |
|  | |  | （　　％） |  |  |
|  | |  | （　　％） |  |  |
| 開発協力者 | | | | | | |
|  | |  |  | （　　％） |  |  |
|  |  | （　　％） |  |  |

* 開発代表者及び開発分担者について記載することとし、また、開発協力者も依頼する場合には、その旨を記載してください。
* ｢（エフォート）｣は開発担当者が行う業務のうち、何％の時間が当開発のため費やされるか概ねの数値を記載してください。

７．開発する障害者自立支援機器等（図又はイラスト等）

* 開発する障害者自立支援機器等の構造（ないしは構成）の概要、並びに使用方法のイメージが分かる図又はイラスト、写真等及び、その説明のためのコメント等をわかりやすく記入してください。

|  |
| --- |
|  |

８．開発の経緯（３００字以内）

* これまでの開発経緯や得られた成果など、開発の進捗についてわかりやすく記入してください。２年目以降の応募については、前年までの本事業において得られた成果が明確にわかるように記入してください。

|  |
| --- |
|  |

９．開発の背景及び課題に対する解決策（各２００字以内）

* 現場の課題及び課題に対する解決策（開発の背景及び目的）、また、類似する既製品がある場合には、その違い等がわかるよう記載してください。
* 課題は２種類に分けています。認識している範囲でわかりやすく記載してください。いずれか一方のみでも差し支えありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （１）現場の課題及び課題に対する解決策（開発の背景及び目的） | | | |
|  |  | 現場の課題 | 解決策 |
| 障害者（児）が生活を送るうえで困難に感じる課題 |  |  |
| 現状の機器に係る課題  ※実現している機能には大きな変更はないが、効率向上や性能向上、小型化、安全対策など、機械的（電気的等）課題 |  |  |
| （２）類似する既製品がある場合にはその違い（※無い場合は記載不要） | | | |
|  |  | | |

１０．開発方法及び計画（６００字以内）

* 開発及びモニター評価の項目及び手法について、わかりやすく記載してください。
* 申請時において開発がどこまで進行・到達しているのか明確に記載してください。（例えば、基礎研究が終了し実用化研究に入る段階、或いは、実用機のプロトタイプ試作が完了し動作試験を行っている段階等）
* モニター評価を行う場合は、倫理審査委員会の有無等を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 倫理審査委員会の有無 | 有・無 | 委託する場合の  委託予定先 |  |

１１．想定ユーザや医療福祉専門職によるアドバイスの体制（２００字以内）

* 開発する支援機器の想定ユーザや医療福祉専門職等からのアドバイス支援体制について、現時点の状況、並びに今後の体制について記載してください。

|  |
| --- |
|  |

１２．実施スケジュール（２００字以内）

* 複数年度にわたる計画の場合は、全体計画については年度ごとの概要、特に本年度については、より詳細な計画が明確にわかるように記載してください。

|  |
| --- |
|  |

１３．普及・実用化の目途について（３００字以内）

* 販売開始に向けた事業化スケジュール等を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業化に向けたスケジュール |  | |
| 販売予定価格 | 円 |  |
| 年間販売目標 | 台数 |

（別紙２）

補助事業に要する経費、補助対象経費及び補助金の配分額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開発に要する  経費区分 | 補助事業に  要する経費 | 補助対象経費 | 内訳 | 補助率 | 補助金交付  申請額 |
| 賃金 |  |  |  | １  ２ |  |
| 謝金 |  |  |  |  |
| 備品費 |  |  |  |  |
| 消耗品費 |  |  |  |  |
| 雑役務費 |  |  |  |  |
| 借料及び損料 |  |  |  |  |
| 旅費 |  |  |  |  |
| 会議費 |  |  |  |  |
| 通信運搬費 |  |  |  |  |
| 印刷製本費 |  |  |  |  |
| 光熱水費 |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |

補助金交付の申請額合計　　金　　　　　　　　　千円

※千円未満は切り捨てした金額としてください。