様式1

**令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための調査･実証事業**

**モデル構築事業地域（粒子線治療・健診）**

**企画書**

令和　　年　　月　　日

厚生労働省　医政局　総務課　医療国際展開推進室　宛

 （代表となる提案団体※１の住所）

 （提案団体名※１）

 （代表者氏名※１）

**※１　提案団体が設立見込みである場合は、事務局となる予定の既存の団体名、代表者名を記載してください。**

　　　（提案事業名※２）

※２　事業名は、提案する内容に即したものを25文字以内で記載してください。

当該事業について、次の資料を添えて、申請します。

* 様式2：提案団体概要
* 様式3：提案の概要
* 様式4：内容審査評価表
* 様式5：経費計画書
* 意向書（任意）

 （担当部署）

 （役　　職）

 （担当者氏名）

 （電話番号）

 （電子メール）

**注： 様式2～5の資料と併せて提出してください。**

様式2

**令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための調査･実証事業**

**モデル構築事業地域（粒子線治療・健診）**

**＜提案団体概要＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **記入欄** |
| **（ふりがな）****提案団体名** |  |
| **（ふりがな）****事務局所在地** |  |
| **設立年月日** | 注：　設立予定の場合は、その予定日を記載してください。 |
|  |
| **代表者****（所属、役職、氏名）** |  |
| **提案団体****以外の****構成主体** | **構成主体** | **代表者****（所属、役職、氏名）** | **担当者****（所属、役職、氏名）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **提案団体及び構成主体の概要** | 【提案団体の事業目的】【提案団体の組織形態（法人格等）】【提案団体の活動内容】【提案団体の活動エリア】【構成主体との関係及び連携体制】 |

**注：　最大２枚以内で、簡潔かつ具体的に記載してください。**

様式3

**令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための調査･実証事業**

**モデル構築事業地域（粒子線治療・健診）**

**＜提案の概要＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **記入欄** |
| **提案の内容等** | 【事業名】 |
| 【事業実施の背景・課題等】　　　　　　　 |
| 【提案事業の概要と中長期的な目標】 |
| **事業エリア** | 注：　市町村、都道府県、地域など |
| 【事業エリア図】 |
| **活用が考えられる****観光資源の概要** |  |
| **活用が考えられる****医療資源の概要** |  |
| **考えられる地域への裨益や検討している成果の還元方法** |  |

**注：　原則１枚、最大２枚以内で、簡潔かつ具体的に記載してください。**

様式4

**令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための調査･実証事業**

**モデル構築事業地域（粒子線治療・健診）**

**＜内容審査評価表＞**

※地域の自律的な運営を目指していることや、収益性の確保を見据えたより実践的な実証を行う予定している等、将来の自律運営に向けた計画が明確にわかるよう記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| **項目** | **記入欄** |
| **1.実施体制**  | 提案募集要項　４　１実施体制　の各項目に関して記載してください。その際、協力関係を示すことができる場合はこれも提出してください。 |
|  |
| **2.医療資源** | 提案募集要項　４　２医療資源の各項目に関して記載してください。 |
|  |
| **3.観光資源** | 提案募集要項　４　３観光資源の各項目に関して記載してください。 |
|  |
| **4.観光資源を活かした滞在プランを含む事業計画** | 提案募集要項　４　４観光資源を活かした滞在プラン含む事業計画（取組の背景と目的、対象医療サービス、対象観光資源、達成目標、全体スケジュール、５年収支計画など） |
|  |
| **５.対象国と広報･集客** | 提案募集要項　４　５対象国と広報･集客の各項目に関して記載してください |
|  |
| **６.その他** | 提案募集要項　４　６その他にかかる事項及びその他特記があれば記載してください |
|  |

**注：　原則２枚、最大４枚以内で、できるだけ簡潔かつ具体的に記載してください。**

様式5

**令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための調査･実証事業**

**モデル構築事業地域（粒子線治療・健診）　経費計画書**

|  |  |
| --- | --- |
| **提案事業名** |  |
| **提案団体名** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **区分** | **単価（円）** | **数量** | **金額（円）** | **摘要** |
| **Ⅰ. 取組の費用** |  |
|  | **ⅰ** | **人件費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ⅱ** | **旅費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ⅲ** | **謝金** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ⅳ** | **広告宣伝費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ⅴ** | **借料及び損料** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ⅵ** | **消耗品費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ⅶ** | **その他諸経費** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Ⅱ. 再委託費** |  |  |  |  |
| **Ⅲ. 一般管理費** |  |  |  |  |
| **計** |  |  |

* 必要に応じて、行を挿入して作成してください。
* 令和5年度の本事業の取組のための経費全額をご記載ください。
* 1地域につき500万円（税込）を上限として資金が交付されますが、上限を超える経費又は取組経費の対象とならない費用を地域が自らの負担で支出することは妨げないものとします。
* 資金の交付の対象となる経費の詳細は、募集要項の「７. 対象経費」をご確認ください。

参考様式

**令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための調査･実証事業**

**モデル構築事業地域（粒子線治療・健診）**

**意向書（任意提出）**

令和　　年　　月　　日

厚生労働省　医政局　総務課　医療国際展開推進室　宛

　　　（提案事業名※1）

※１　事業名は、提案する内容に即したものを25文字以内で記載してください。

私たちは、提案している事業が令和５年度　地域の医療･観光を活用した外国人受入れ推進のための

調査･実証事業の実証対象に選ばれた場合には、当該事業に連携して協力する予定です。

（団体等名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（団体等名）

（役　　職）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役　　職）

（署　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署　　名）

（団体等名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（団体等名）

（役　　職）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役　　職）

（署　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署　　名）

（団体等名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（団体等名）

（役　　職）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役　　職）

（署　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署　　名）

（団体等名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（団体等名）

（役　　職）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役　　職）

（署　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署　　名）

（団体等名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（団体等名）

（役　　職）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役　　職）

（署　　名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署　　名）