

様式第1号

令和元年5月1日

長野県知事 阿部 守一 様

申請者住所 長野県長野市〇〇町△丁目□番地

申請者氏名 信州メディカルサポート株式会社
代表取締役 長野 一郎 印

会社印と代表者印を押印してください。

(団体にあつては、名称及び代表者の役職・氏名)

令和元年度 プロ人材就業補助金認定申請書兼交付申請書

標記補助金について、認定及び交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助事業の内容 別紙事業計画書のとおり
- 2 補助対象経費及び交付申請額

| | |
|-------|----------|
| 対象経費 | 900,000円 |
| 交付申請額 | 450,000円 |

※対象経費は、別添事業計画中の事業収支計画①合計額及び②合計額と一致すること。

※交付申請額は、別添事業計画中の事業収支計画の予算内訳本補助金額と一致すること。

※添付書類

- ・誓約書
- ・個人情報の収集に係る本人の同意書
- ・長野県プロフェッショナル人材戦略拠点の証明書
- ・別紙事業計画書
- ・未納の県税徴収金がない旨が記載されている証明書の写し
- ・プロフェッショナル人材の履歴書及び職務経歴書の写し（当該人材の過去の勤務事業所名及び勤務内容が記載されているもの）
- ・雇用契約書又は労働条件通知書の写し
- ・申請前直近の決算書類
- ・その他知事が必要と認める書類

令和元年5月1日

長野県知事 阿部 守一 様

申請者住所 長野県長野市〇〇町△丁目□番地

申請者氏名 信州メディカルサポート株式会社
代表取締役 長野 一郎 印

会社印と代表者印を押印してください。

(団体にあつては、名称及び代表者の役職・氏名)

誓 約 書

プロ人材就業補助金の認定等を受けるに当たり、以下の事項を誓約します。

- (1) 補助事業の執行にあたっては、プロ人材就業補助金交付要綱を誠実に遵守すること。
- (2) 資本金又は出資金の総額が10億円未満であること。
- (3) 常時使用する従業員が1,000人未満であること。
- (4) 雇用保険事業主であること。
- (5) 申請前1年以内に、雇用保険被保険者を解雇していないこと。
- (6) 宗教活動及び政治活動を主たる目的とする者でないこと。
- (7) 役員等（事業主が個人である場合はその者を、事業主が法人である場合はその支店又は常時契約を締結する事業所等を代表する者をいう。）が暴力団員（暴対法第2条第6号に規定する暴力団員）でないこと又は暴力団（暴対法第2条第2号に規定する暴力団）と密接な関係を有する者でないこと。

長野県知事 阿部 守一 様

個人情報の収集に係る本人の同意書

私は、信州メディカルサポート株式会社がプロ人材就業補助金の認定等申請をするに
当たり、私の氏名、生年月日、住所、履歴書及び職務経歴書記載事項等、申請のために必要
となる個人情報を収集されることに同意します。

令和元年 5 月 1 日

住所 長野県長野市●●町△丁目□番地

氏名 飯田 二郎

印

別紙事業計画書

※変更認定申請書兼変更交付申請書（様式第2号）に添付するときは、変更箇所のみ記載すること。

1 申請者の概要

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|-----------|--------------|
| ① | (ふりがな) 申請者氏名 | しんしゅうめでいかるさぼーとかぶしきがいしゃ 信州メディカルサポート株式会社 | | | |
| ② | 代表者 役職・氏名 | 代表取締役 長野 一郎 | | | |
| ③ | 事務担当者 | 部署名・役職 | 総務部人材開発課・課長 | | |
| | | 氏名（ふりがな） | 松本 芳子（まつもと ろうこ） | | |
| ④ | 連絡先 | 電話番号 | 026-123-4567 | FAX 番号 | 026-123-7890 |
| | | 電子メール アドレス | jinzai@shinshu-medi.co.jp | | |
| ⑤ | 所在地 | 〒3××-×××× 長野県長野市〇〇町△丁目□番地 | | | |
| | | (本社又は本店が県外にある場合は当該所在地をこの欄に記入) 〒 | | | |
| ⑥ | 業種 | 健康福祉機器の開発及び販売 | | | |
| | 重点分野での 就業に該当 (いずれかに○、 該当するときは 別表番号を記載) | <input checked="" type="radio"/> する (別表 に該当) ・ <input type="radio"/> しない <small>要綱別表(3)を参照</small> <small>※別表に規定する重点分野に該当する場合、給与の補助率は2/3以内となります。 重点分野に該当する理由を説明する資料を添付願います。</small> | | | |
| ⑦ | 主な事業内容 及び主要商品 | (企業パンフレット等を添付した場合、記載省略可) 別添パンフレット参照 | | | |
| ⑧ | 従業員数 | 35人 (うち常時使用する従業員数 25人) | | | |

2 事業計画

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------|
| ① | プロフェッショナル人材（以下、「人材」という。）を採用して行う事業の概要 | ア 就業時の人材の配置先（勤務地）・役職 | |
| | | 本社（長野市）・開発部長 執行役員待遇 | |
| | | イ 今後の事業計画と人材採用の関係（採用の必要性） | |
| | | 当社では、介護福祉機器分野への事業展開を検討しており、特に、身体障がい者の移動関連器具開発に精通している人材が必要となった。従来、当社には適当な人材がいなかったため、人材紹介会社を通じてふさわしい人材を探してもらった結果、このたびの採用となった。 | |
| | | ウ 上記事業のため、事業主が求める人材の経験・スキル等 | |
| | | 介護福祉機器の開発経験が5年以上あり、福祉用具専門相談員の資格があること。 | |
| ② | 人材の経歴等 | ア 氏名（ふりがな） | 飯田 二郎（いいた じろう） |
| | | イ 生年月日・年齢 | (S) H) 37年12月25日（満57歳） |
| | | ウ 就業前の勤務地及び居住地（都道府県名） 勤務地：東京都 居住地：埼玉県 | |
| | | エ 就業中に本人が居住する住所 | |
| | | 長野県長野市●●町△丁目□番地 | |
| | | オ 概要（人材が有する資格・スキル、職業経験の内容及び経験年数等） | |
| | | 介護福祉機器メーカーA社において、33年間、介護福祉機器の開発に従事し、新商品の開発を手がけた。そのうち、5年間は取締役企画開発部長を務め、開発部門の責任者として従事した。在勤中に、介護福祉士及び福祉用具専門相談員の資格を取得した。 | |
| | | カ U I J ターンを希望する理由 | |
| | | 出身地である長野県の企業に、自らの経験を活かして貢献したかったため。 | |
| ③ | 就業期間 | 令和元年5月16日 ～ 令和 年 月 日 | |
| ④ | 利用した職業紹介事業者名 | 人材紹介会社 B社 | |

3 事業収支計画

| 予算内訳 | | |
|-------------------------------|-----------|---------------------------------|
| 区 分 | 金 額 | 備 考 |
| 自己資金 | 450,000 円 | ①合計から本補助金、その他の金額を控除した金額 |
| その他 <small>※名称等を記入</small> | 0 円 | 国、県、その他公的機関が行う事業との重複は不可 |
| 本補助金 【千円未満切捨】 | 450,000 円 | 給与（補助率 1/2 又は 2/3） 450,000 円 |
| ① 合 計 | 900,000 円 | |

| 支出内訳 | | |
|---------|-----------|------------------------|
| 区 分 | 金 額 | 積算根拠 |
| 給 与 (A) | 900,000 円 | 給料@ 450,000 円/月 × 2 か月 |
| ②合 計 | 900,000 円 | |

※①合計と②合計は一致させること。