

様式 1

年 月 日

宮崎県知事 殿

住 所  
名 称  
代表者氏名

令和5年度食品の安全認証取得等販売力強化事業に係る提案書

標記について、別添のとおり提案いたします。

1 添付書類

- (1) 事業計画書
- (2) 収支予算書
- (3) 納税証明書
- (4) 個人住民税の特別徴収実施確認・開始誓約書
- (5) 誓約書
- (6) 役員一覧表
- (7) 法人登記簿謄本の写し
- (8) 直近三期分の決算関係書類（任意様式）
- (9) 会社の事業概要が確認できる書類（パンフレット等）
- (10) 事業計画書の補足資料（任意様式）

2 本件担当者氏名等

担当者氏名

電話番号

電子メール

様式 2

事業計画書

事業名	
実施事業	<input type="checkbox"/> ①第三者認証取得に要する経費 <input type="checkbox"/> ②食品の安全性を確保するために実施する設備・施設改修 ※応募する事業にチェック☑を入れてください。
申請者の概要等	1 申請者の概要 (1) 名称 (2) 代表者氏名 (3) 主たる所在地 (4) 主たる事業 (5) 設立年月日 (6) 職員数 (正社員 名 パート 名) 2 事業概要 ※事業の特徴などがわかるように内容を記載してください 3 事業実施場所 ※名称及び住所を記載してください
実施期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
実施内容等	1 現状分析 2 事業内容 3 事業による効果 4 事業終了後の販路開拓・取引拡大の取組 5 事業運営体制 ※組織図添付でも可とするが、どの部署が担当するか明確にしてください。 6 現状値 (単位: 円) ① 営業利益 ② 人件費 ③ 減価償却費 ④ 付加価値額 (①+②+③) ※直近の決算関係書類を基に記入してください。 7 目標値 (単位: 円) ① 営業利益 ② 人件費 ③ 減価償却費 ④ 付加価値額 (①+②+③) ※補助事業完了から1年後の目標値を記入してください。

※①及び②の両方に応募する場合は、それぞれの事業ごとに分けて事業計画書を作成してください。

様式 3

収 支 予 算 書

1 収入 (単位：円)

収入区分	金 額	備 考
自己資金		
補助金		
その他		
計		

2 支出 (単位：円)

費目	補助事業に 要する経費 <sup>※1</sup>	積算明細	補助対象 経費 (税抜)	負担区分		備考
				補助金 <sup>※2</sup>	自己資金	
計						

※1 「補助事業に要する経費」とは、補助事業を遂行するために必要な経費をいい、ここでは消費税及び地方消費税を加算した金額を記入してください。

※2 「補助金」の額に千円未満の端数がある場合は、切り捨ててください。

※3 見積書を添付してください。

様式 4

役員一覧表

役職	氏名	フリガナ（半角）	生年月日 （元号にて記載）	性別

※ 記載された個人情報については、「食品の安全認証取得等販売力強化事業補助金」における審査のために使用し、その他の目的のためには一切使用しません。

1. この内容を宮崎県が宮崎県警察本部に照会することについて異議ありません。
2. 虚偽の記載等を行った場合には、補助金の交付取消等がなされても異存ありません。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

様式 5

質問書  
(食品の安全認証取得等販売力強化事業補助金)

会社名 :

住 所 :

(質問内容)	
担当者氏名 及び連絡先	部署名 : 担当者 : 電 話 : F A X : E-MAIL :

注) ・質問内容は、要点を簡潔に記載すること。

(募集要領などの資料名(ページ)などを掲げ、質問内容を明確にすること)

- ・この質問票はFAX又は電子メールで送付し、送付後下記担当へ電話し、質問票が届いているか確認すること。

提出期限 : 令和5年9月21日(木)午後5時まで(必着)

FAX : 0985-26-7322 TEL : 0985-26-7101

e-mail : [shokuhin-medical@pref.miyazaki.lg.jp](mailto:shokuhin-medical@pref.miyazaki.lg.jp)

担当 : 宮崎県商工観光労働部企業振興課食品・メディカル産業推進室 竹田