（様式１）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※記載不要 |  |

沖縄県知事　殿

令和７年度健康食品ブランド力魅力アップ推進事業委託業務

申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 企業・団体名 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡担当窓口 | 氏名（ふりがな） |  |
| 所属（部署名） |  |
| 役職 |  |
| 電話番号（代表・直通） |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

（※）企業共同体の場合は代表法人名を記載してください。

【共同企業体構成企業】（※共同企業体の場合のみ記入）

（様式２）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号※記載不要 |  |

健康食品ブランド力魅力アップ推進委託業務

企画提案書

|  |
| --- |
| 提案内容 |
| ・御社の強みを活かして、下記について記載すること。・必要に応じて図や表を用いるなど、できるだけわかりやすく具体的に記載してください。１．基本方針等※本県バイオ産業に関する現状及び課題認識について記載したうえで、本事業を実施するにあたっての基本方針を記載してください。２．企画提案内容※「企画提案仕様書」４. 委託業務内容に沿って、実施内容、実施方法、実施体制等を具体的に提案してください。（１）事業実施体制構築　　　事業の実施体制、事業実施者の実務経験など（２）沖縄ブランド（WOJ認証制度）の強化に関する取組について現状、目標、想定するスキームや計画、効果を高めるための工夫など（３）機能性食品開発等に係る企業支援について※販路開拓支援や、機能性表示食品届出およびWOJ認証制度申請の支援など想定する活用スキーム、類似の実績、効果を高めるための工夫など（４）機能性食品開発促進のためのエビデンス調査及び活用促進について想定する活用スキーム、効果を高めるための工夫など（５）補助事業先へのハンズオン支援について　　　想定するハンズオン支援のスキームや計画など（６）県内健康食品等製造業者への品質管理点検について　　　想定する事業者の選定、点検、指導のスキームや計画等３．その他　　　 |

（様式３）

実施計画・スケジュール

○委託業務の年間スケジュールを詳細に記入してください。（事業開始を４月からと仮定して策定してください。）

※令和７～９年度について年度毎に作成してください。

（注）Ａ４版で作成のこと。用紙の向きは縦・横不問。

（様式４）

積算書

令和　　年　　月　　日

沖縄県知事　殿

法 人 名

住　　所

商号又は名称

代表者名

事業名称：令和７年度健康食品ブランド力魅力アップ推進事業

上記事業の委託費について下記のとおり積算見積申し上げます。

積算見積金額　　　　　　　　　　　円（消費税含む）

支出計画

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経費区分 | 細　　目 | 積算内訳 |
| Ⅰ．人件費 |  |  |
| Ⅱ．事業費 | １．旅費２．消耗品費３．印刷製本費４．補助員人件費５．謝金６．使用料及び賃料７．その他経費 |  |
| Ⅲ．再委託費 |  |  |
| Ⅳ.一般管理費 |  |  |
| 小計 |  |  |
| Ⅴ.消費税 |  |  |
| 合計 |  |  |

（注）人件費は、単価×時間等　積算根拠も記入してください。

（注）再委託費については、契約ごとに想定される金額を記入してください。

※令和７～９年度について年度毎に作成してください。

（様式５）

事業の実施体制

※委託事業の執行体制を業務分担まで詳細に記入してください。

（様式６）

実績書

企業名：

※国（独立行政法人、公社及び公団を含む。）又は地方公共団体と同種類及び同等規模以上の契約等の実績があれば記載してください。

（令和５年度～令和６年度　※実施中、内定含む）

（単位：千円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 委託元 | 委託金額 | 事業名・事業内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※共同企業体の場合は、構成企業ごとに本様式を作成。

（様式７）

**法　人　概　要　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法　　人　　名（代表者氏名） |  |
| 所在地（都市名） |  | 関 係 会 社 |  |
| 設　立　年　月 |  |
| 資　　本　　金 |  |
| 社　　員　　数 | 　　　　　　　　　人 | 研 究 員 数 | 　計　　　　　　　　　人 |
| 主要加盟団体 |  |
| 法人の主要業務：  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 関連プロジェクトの応募状況： |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 主要株主 | 株　　主　　名 | 持　株　割　合　（％） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※共同企業体の場合は、構成企業ごとに本様式を作成してください。

※会社案内パンフレット等、応募者の概要がわかるものを添付してください。

（様式８）

誓　約　書

平成　　年　　月　　日

沖縄県知事　殿

　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　所

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、「令和７年度健康食品ブランド力魅力アップ推進事業委託業務」の企画提案に応募するにあたり、下記のことを誓約します。

記

１　地方自治法施行令第167条の４第１項の規定に該当しない者であること。

２　沖縄県暴力団排除条例第２条（平成23年条例第35号）第２号に規定する暴力団員又は暴力団員と密接な関係を有する者に該当しないこと。

３　県税、消費税及び地方消費税の滞納がないこと。

４　加入義務のある社会保険（労働保険、健康保険及び厚生年金保険）に加入し、保険料の滞納がないこと。

５　雇用する労働者に対し、最低賃金法（昭和34年法律第137号）に規定する最低賃金額以上の賃金を支払っていること。

６　労働関連法令を遵守していること。

**※注１　コンソーシアムの場合は、すべての構成員について提出が必要です。**

**※注２　誓約書には別添「参加資格要件確認書類」に記載の書類を添付してください。**

（誓約書裏面）

（誓約事項６関係）

|  |
| --- |
| **主な労働関係法令**（１）労働基準法（昭和22年法律第49号）（２）労働契約法（平成19年法律第128号）（３）最低賃金法（昭和34年法律第137号）（４）雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）（５）短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（平成５年法律第76号）（６）育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）（７）労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）（８）労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（昭和60年法律第88号）（９）障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号）（10）労働組合法（昭和24年法律第174号）（11) 雇用保険法（昭和49年法律第116号）（12) 労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）（13）健康保険法（大正11年法律第70号）（14) 厚生年金保険法（昭和29年法律第115号） |

**参加資格要件確認書類**

参加資格要件の確認のため、以下の書類を添付してください。

**１　県税及び地方消費税を滞納していないことが確認できる書類。**

○　都道府県が発行する都道府県税に未納がないことの証明書

（発行後、３か月以内のもの）

○　税務署が発行する消費税及び地方消費税に未納税額がないことの証明書

（発行後、３か月以内のもの）

**２　労働保険に加入していることが確認できる書類**（加入義務がない場合を除く）

○　申請日直近の、労働保険料の納入が済んだことがわかる書類の写し

(例)

・労働局からの領収済通知書（領収印があるもの）

・納付書・領収証書（領収印があるもの）

・口座振替結果のお知らせ（申請者名が入っている部分を含む）

・労働保険事務組合からの領収書等

・納入額の告知書と振込・口座振替明細　　　等

**３　健康保険・厚生年金保険に加入していることが確認できる書類**

（加入義務がない場合を除く）

○　申請日直近の、厚生年金・健康保険料の納入が済んだことがわかる書類の写し

(例)

・厚生労働省からの保険料納入告知額・領収済額通知書

・納付書・領収証書（領収印があるもの）

・領収済通知書（領収印があるもの）

・社会保険料納入証明書

・納入額の告知書と振込・口座振替明細　　　等

**４　社会保険に加入義務がないことについての申出書**（加入義務がない場合）

　○　様式８別添

（様式８別添）

令和　　年　　月　　日

**社会保険に加入義務がないことについての申出書**

沖縄県知事　殿

住　　所

法 人 名

代表者名

社会保険に加入義務がない理由は、下記のとおりです。

記

**１　労働保険に加入義務のない理由**

（該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください）
□ 従業員がいないため（個人事業主で、事業主しかいない場合、または法人で取締

役のみの事業所で構成される場合、等）
□ 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため
□ その他（理由を枠内に記入してください）
※ 従業員を1人以上使用しているすべての事業所に加入義務があります。

（詳細は、労災保険関係についてはお近くの労働基準監督署、雇用保険関係や被保険者となるかのお問い合わせ等についてはお近くの公共職業安定所までご確認ください）

|  |
| --- |
|  |

**２　健康保険及び厚生年金保険に加入義務のない理由**

（該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください）
□ 常時使用する従業員が５人未満の個人の事業所のため
□ 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため
□ その他（理由を枠内に記入してください）
※ 法人の事業所の場合、または個人の事業所で常時５人以上の従業員を使用している

場合は加入義務があります。（詳細はお近くの年金事務所までご確認ください）

|  |
| --- |
|  |

* **上記理由を確認する書類の提出をお願いする場合があります。**