別紙１

**事業計画書**

**１．申請者の基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名（商号または屋号） |  |
| 代表者名 | 役　職 |  | 氏　名 |  |
| 担当者名 | 部　署 |  | 役　職 |  |
| 氏　名 |  | MAIL |  |
| 所在地・連絡先 | 所在地 |  |
| TEL |  | FAX |  |
| 事業者概要(該当する箇所のみ記載) | 資本金 |  | 従業員数　 |  |
| 設　立 |  | 売上高(直近)/年 |  |
| 主たる業　種 |  | 営業利益(直近)/年 |  |
| 事　業内　容 |  |

**２．事業計画**

（１）人手不足に関する現状及び課題

|  |  |
| --- | --- |
| 現状及び課題 |  |

（２）人手不足対応に向けた省人化に資する取り組み

|  |  |
| --- | --- |
| 事業実施期間 | 　　交付決定日　　から　　令和６年６月２８日　　まで |
| 導入機器等の種別 | □ア．セルフレジ、券売機、自動精算機、キャッシュレス決済システム |
| □イ．業務用ロボット（調理、配膳、食器洗浄、清掃） |
| □ウ．セルフオーダーシステム |
| □エ．ア～ウ以外の機器等（人が行っていた既存業務が機器等の導入によりどのように省人化されるかを下欄に具体的に記入してください） |
| ※エを選択した場合のみ記入 |
| 導入機器等※機器詳細がわかるカタログ等及び機器設置箇所がわかる写真を添付すること | メーカー名 |  |
| 名称（型番） |  |
| 使用場所 |  |
| 工事内容 | （機器等の導入にあたり工事が必要な場合、その工事内容及び理由を記入してください。） |
| 期待される省人化の効果 | 導入前 | １日換算で　　　人が業務に当たり　　　　　　時間要する |
| 導入後 | １日換算で　　　人が業務に当たり　　　　　　時間要する |

**（全体的な注意事項）**

・記載する内容は全て申請日時点としてください。

・記載する欄が足りない場合は、行の追加や行の高さを変更するなど適宜対応してください。

・虚偽の申請を行った場合、新潟市省人化サポート補助金交付要綱の定めにより交付決定が取り消される場合があります。