様　式　１

保健文化賞候補者調書 　団体の部(2025年度)

　　　2025年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 団　体　の　概　要 | | | | | | | | | | | |
| 応募 | 新規  再応募（過去　　回・応募年度：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | 提出する様式 | | | |
| 区分 |  | Ⅰ　市町村等の行政組織および行政組織に付属する機関、施設 | | | | | | 1,2,3,4,5,6,(7,8),9,10,11 | | | |
|  | Ⅱ 民間企業等 | | | | | | 1,2,3,4,5,6,9,10,11 | | | |
|  | Ⅲ その他（専門職種団体、非営利法人、ボランティア組織等を含む） | | | | | |
| 主な活動の分野  (分野の前に○をつける。複数選択可。  ※複数の場合は、主たる分野の前に必ず◎を1つける。) |  | 地域保健・地域医療 | |  | 健康増進・疾病予防 |  | 感染症 | |  | 難病・障害者保健 |
|  | 精神保健 | |  | 高齢者保健・介護 |  | 母子保健 | |  | 学校保健 |
|  | 歯科保健 | |  | 食品保健 |  | 産業保健 | |  | 生活衛生 |
|  | 国際保健 | |  | 少子化対策 |  | その他 | |  |  |
| 団体名称  ※社格を含めた正式名称を記入 | （ふりがな） | | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | |
| 団体名 | | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | |
| 代表者 | 役　職 | | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | |
| 氏　名 | | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日　（ 年 月 日で満 歳） | | | | | | | | |
| 団体所在地  ※市町村まで記入 | (都・道・府・県を選択してください)  　　　　　　　　(市・群・区を選択してください) 　 (町・村・区を選択してください) | | | | | | | | | | |
| 〔団体の概要〕  ※**区分Ⅰ 市町村等**は、地勢、人口、産業・経済、保健衛生等の特徴について概要を記入。詳細は様式７．８に記入。  ※**区分Ⅰ以外の団体**は、設立目的、設立年月、会員数（人数、世帯数、職種別会員数等）、組織図、住民の加入率、事業の概要、地域の特性等について項目別に簡潔に記入。  ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | | | | |

（団体） 　　　　　　　　 　　様　式　２

|  |  |
| --- | --- |
| **活動の概要** | |
| ［活動の要旨（100字以内）］   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| ［活動の概要］※特に力を入れたあるいは入れている内容、特記すべき内容等を簡潔に記入 | |
| 活動継続年数 | 年 月 日時点で　　　　　 　 年　　 　　ヶ月　（　 　年　 　月～　 　年　 　月）  ※活動継続年数に条件がありますので、募集要綱「応募にあたっての留意事項」を必ずご参照ください。 |
| 利益相反 | 活動内容に関連する利益相反の有無　　　　　（　有り　　　／　　無し　　）  ※有りに該当の場合、事務局より詳細を確認させていただきます。 |

（団体） 　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　様　式　３

|  |  |
| --- | --- |
| 活　動 の 業 績 | |
| 期　　間 | 内　　容 |
|  | ※取組内容について簡潔に時系列にて記入 |

（団体） 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　式　４

|  |
| --- |
| 活　動　の　成　果 |
| ※評価すべき根拠となる数値等を踏まえ、活動全体を簡潔に統括して記入  　（再応募の場合は、前回応募時以降の成果についても記入すること） |

(団体)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　式　５

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 将　来　に　お　け　る　活　動　計　画 | | | | | | | | | | | | | | |
| ※具体的に予定されている事業、体制の変革、将来の活動の方向性等を記入  ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主　な　協　力　団　体 | | | | | | | | | | | | | | |
| 団　体　名 | | | | 構　　　成 | | | | | | 内　　　容 | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| 保 健 文 化 賞 受 賞 歴 （  有 ・  無 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 団 体 | | | | | | 個 人　※応募団体代表者が個人として受賞している場合 | | | | | | | | |
| 年 月 | |  | | | | 年 月 |  | | | | 氏 名 | | |  |
| 叙勲および褒章受章歴 （  有 ・  無 ）　※応募団体又は団体代表者（過去の代表者も含む）の受章 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | 氏　名 | | | | 種　類 | | | | | | 叙勲・褒章事項 | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 厚生労働大臣表彰歴 （  有 ・  無 ） ※応募団体又は団体代表者（過去の代表者も含む）の受賞  　　　　　　 ※医療功労賞の都道府県表彰の場合は、”都道府県医療功労賞”  　　　　　　　　　　　と明記してください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　月 | | 賞　名 | | | | 受　賞　者 | | | | | | 表　彰　事　項 | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| その他表彰歴 （  有 ・  無 ）　※今回応募の活動に対する受賞 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　月 | 賞名 | | | | 表彰者 | | | | 受賞者 | | | | 表彰事項 | |
|  |  | | | |  | | | |  | | | |  | |
| 処罰歴・その他特記事項 （  有 ・  無 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 | | | 対 象 者 | | | | | 事　由 | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | |

（団体） 　　　　　　　 　　　 様　式　６

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 財　政　状　況（市町村は記入不要） | | | |
| 歳　入 | | 歳　出 | |
| 科　目 | 決算額　（単位：千円） | 科　目 | 決算額　（単位：千円） |
|  |  |  |  |
| 計 |  | 計 |  |
| 地　域　の　概　要 | | | |
| ※地勢、人口、産業・経済等について概要を記入 | | | |
| 地　域　の　保　健　衛　生　の　特　性 | | | |
| 公衆衛生および環境衛生等について記入 | | | |

（団体） （市町村のみ記入） 　　　　　　　　 　 　　　様　式　７

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人　口・世　帯（国勢調査） | | | |
| 区 分 | 2023年10月1日 | 区 分 | 2023年10月1日 |
| １．人口 | 人 | ２．従属人口指数 |  |
| 0～14歳  15～64歳  65歳以上 | 人 | ３． | ％ |
| 人 |
| 人 | ４．世　帯　数 | 世帯 |
| (40～64歳再掲) | 人 |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　健・医　療・福　祉　指　標 | | | | | |
| 区　分 | 2023年度 | 区　分 | | | 2023年度 |
| １．粗出生率 |  | 16．結核住民健診受診率 | | | % |
| ２．粗死亡率 |  | 17．水道普及率 | | | % |
| ３．乳児死亡率 |  | 18．下水道普及率 | | | % |
| ４．新生児死亡率 |  | 19．　国  保  医  療  　 費  　 の  動  向 | 受診率 | 県  市町村 | % |
| ５．周産期死亡率 |  |
| ６．妊産婦死亡率 |  | １件当り  日数 | 県  市町村 | 日 |
| ７．がん死亡割合 | % |
| ８．心臓病死亡割合 | % | １日当り  点数 | 県  市町村 | 点 |
| ９．脳卒中死亡割合 | % |
| 10．胃がん検診受診率 | % | 20． | 寝たきり者数 | | 人 |
| 11．子宮がん検診受診率 | % | 人口10万人当りの人数 | | 人 |
| 12．大腸がん検診受診率 | % | 21． | 65歳以上の高齢者世帯数 | | 世帯 |
| 13．乳がん検診受診率 | % | 全世帯数に占める率 | | % |
| 14．肺がん検診受診率 | % | 22． | 訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)数 | | 人 |
| 15．基本健康診査受診率 | % | 人口10万人当りの人数 | | 人 |

（団体） （市町村のみ記入） 　　　　　　　 　　　　 様　式　８

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社　会　資　源 | | | | | | |
| 区分 | | 数 | 区分 | 数 | 区分 | 数 |
| 1. | |  | 5. |  | 10. |  |
| 2. | |  | 6. |  | 11. |  |
| 3. |  |  | 7. |  | 12. |  |
|  |  | 8. |  | 13.知的障がい者援護施設 |  |
| 4. | |  | 9. |  | 14. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | 円 | 2.住民一人当りのたばこ税額 | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一　般　会　計　関　係　費 | | | |
| 1. | 千円 | 5.住民一人当りの衛生関係経費 | 円 |
|
| 6.歳出総額に対する衛生関係経費  の割合 | ％ |
|
| 2. | 千円 |
| 7.住民一人当りの福祉関係経費 | 円 |
| 8.歳出総額に対する福祉関係経費の割合 | ％ |
| 3.1.2.以外の一般会  　計に属する経費 | 千円 |
| 9. |  |
|
| 4.一般会計歳出総額 （1+2+3） | 千円 |

（衛生関係経費内訳）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) 衛 生 費（ア～キ）　合計 | | 千円 | (2) 清 掃 費（ア～ウ）　合計 | | 千円 |
|  | ア． 予 防 接 種 費 | 千円 |  | ア． 塵 茶 処 理 費 | 千円 |
|  | イ． 結 核 予 防 費 | 千円 |  | イ． し 尿 処 理 費 | 千円 |
|  | ウ． 母 子 保 健 費 | 千円 |  | ウ． そ の 他 の 事 業 費 | 千円 |
|  | エ． 老 人 保 健 事 業 費 | 千円 | (3) 下 水 道 費 | | 千円 |
|  | オ． 栄 養 改 善 費 | 千円 | (4)　その他の経費 (職員給与費､施設整備費等) | | 千円 |
|  | カ． 環 境 保 健 費 | 千円 |
|  | キ． そ の 他 の 事 業 費 | 千円 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 特　別　会　計　関　係　経　費 | |
| 1. 衛生関係事業経費 | 千円 |
| 2. 福祉関係事業経費 | 千円 |
| 3.　その他の事業経費 | 千円 |
| （1+2+3） | 千円 |

（団体）　推薦者記入欄 　　　　　　　 　　　　 様　式　９

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推　薦　者 | | | | |
| **団体**として  推薦の場合 | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | ※団体公印を押印 |
| 団体名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | 印 |
| 代表者 | 役　職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| **個人**として  推薦の場合 | 職　業 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | ※個人印を押印 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | 印 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 | |
| 推　薦　事　項 | | | | | |
| ※推薦する活動内容の特徴を簡潔に記入（100字以内）   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 推　薦　理　由 | | | | | |
| ※応募者との関係性を明記のうえ、優れている点、評価すべき点、評価すべき根拠となる数値等をもって具体的に記入  ここをクリックしてテキストを入力してください。 | | | | | |

（団体）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　式　１０

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **応募に関する照会に利用するため、以下の項目についてご記入ください。**  記入いただいた内容については、主催の第一生命保険株式会社が審査や賞に係る諸手続きのみに使用し公開されることはありません。 | | | |
| **候補団体 記入欄** | | |
| 団体名称  ※社格を含めた正式名称を記入 | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 団体名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 代表者 | 役　職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先  ※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | 〒 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 実務担当者 | 所属・役職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先（実務担当者）  ※上記と同じ場合は記入不要  ※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | 〒 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※アンケートにご協力ください。  ・今回保健文化賞を応募するに至った経緯を教えてください。（複数回答可）  1.ご自身の意向  以前から知っていた  HPを見て（第一生命 ・ 厚生労働省 ・ その他　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）  ※上記HPを見たきっかけ  　　・別の用件で見た  　　・他のサイトからリンクされていた（サイト名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　・検索した（検索ワード：　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他（　　　　 　　　　　 　　　　　）  ポスターを見て  募集告知を見て　（新聞　・　TV　・　ラジオ　・　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  第一生命職員からの案内　（誰から：　支社名/　　　　　　　　　 　　担当者名/　　　　　　　　　 　　）  2.推薦・紹介されて　（誰から：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）  3.その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | |
| **その他、特記事項等あれば以下にご記入ください。** | | | |
|  | | | |

（団体）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　式　１１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **応募に関する照会に利用するため、以下の項目についてご記入ください。**  記入いただいた内容については、主催の第一生命保険株式会社が審査や賞に係る諸手続きのみに使用し公開されることはありません。 | | |
| **推薦者記入欄** | | |
| 推薦団体名／推薦者氏名  ※印は不要です | （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 団体名  または氏名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 代表者  ※推薦者が団体の場合 | 役　職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先  ※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | 〒 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 実務担当者 | 所属・役職 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| （ふりがな） | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 氏　名 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ご連絡先（実務担当者）  ※上記と同じ場合は記入不要  ※番地・建物名称等まで正確にご記入ください。 | 〒 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| 住　所 | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※平日の日中にご連絡がつく電話番号をご記入ください。 | TEL | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| Eメール | ここをクリックしてテキストを入力してください。 |
| ※アンケートにご協力ください。  ・保健文化賞については各種媒体にてお知らせしています。ご存知のものを教えてください。（複数回答可）  第一生命 ・ 厚生労働省からの推薦依頼文書  HP（第一生命 ・ 厚生労働省 ・ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ポスター  新聞　（募集告知 ・ 受賞者に関する記事等 ・ その他　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  雑誌　（募集告知 ・ 受賞者に関する記事等 ・ その他　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  TV ・ ラジオ　（募集告知 ・ 受賞者に関するニュース等 ・ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  第一生命職員からの案内　（誰から：　支社名/　　　　　　　　　 　　担当者名/　　　　　　　　　 　　）  その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　） | | |
| **その他、特記事項等あれば以下にご記入ください。** | | |
|  | | |

～以上で、調書の記入は終わりです～