**補助金活用希望調査票**

|  |  |
| --- | --- |
| 通し番号※ | 交付申請（予定）日  提出期限：**令和6年11月1日（金）**  ※補助金を希望しない場合は提出不要 |
|  | 令和　年　月　日 |

**※ホームページに掲載している「対象法人一覧」に記載の番号を記入してください。（一覧に掲載されてない法人は、「９９９」と記載してください。）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人情報（全て記載してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職名及び氏名 | 職名 | |  | | | | | | 氏名 | |  | | | | | |
| 補助金担当者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先（電話） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人番号（13桁） |  |  | |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 法人設立年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | | |

法人番号は、13桁の法人番号を記載してください。（事業所番号ではありません。）

法人設立年月日は、登記上の法人設立年月日を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座情報（全て記載してください。） | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行コード（４桁） |  |  | |  | | |  | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | | | | |
| 振込先金融機関 | 銀行　　　　　　　　　本店  　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　支店・営業所  　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | | | | |
| 支店番号（３桁） |  | |  | | |  | | |  | | | | |
| 口座番号（７桁） | 普通・当座・貯蓄  ・別段・その他 | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |

※口座番号等は指定の桁数に満たない場合は頭に０をつけてください。

**※入力用フォームで登録する口座情報と同じものを記載してください。**

※補助金は登録いただいた口座に一括で入金されますので、記載する口座は1つのみとしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 市受付用  提出先：介護保険課　総務・給付グループ  E-mail：kaigo@city.hamamatsu.shizuoka.jp  FAX：053-450-0084 | |
|  |  |