**補助金活用（概算払い）希望調査票**

|  |  |
| --- | --- |
| 通し番号※ | 交付申請（予定）日提出期限：**令和７年６月13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.jpFAX：053-457-2862 |
|  |  |