

令和 年度生活衛生関係営業対策事業費補助金に係る照会票

1 事業実施団体名（交付申請書に記載した団体名等を記載して下さい。）

郵便番号	〒
住 所	
団 体 名	
代表者名	（職名： ）

※代表者名欄の職名には、「理事長」等の職名を記載すること。

2 本事業に関する担当者の連絡先

担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	
E-mail	@

3 補助金等振込先口座について

金融機関名	銀行 金庫	本店 支店 営業所 （該当するものを○で囲む）
預金種別	普通 当座	（該当するものを○で囲む）
銀行等取引 口座名義等	（フリガナ）	
	口座名義：	
	口座番号：	

- ・実際の補助金の支払いは、交付決定後になりますが、交付決定後の事務処理を円滑に行うために、予め口座番号等の登録をお願いするものです。
- ・事業実施団体名と口座名義は同一名義にしてください。困難な場合には、別途ご相談ください。
- ・金融機関によっては、口座名義におけるスペース、句切り点等の有無の違いによっても、振込ができない場合がありますので、①金融機関、②口座名義（漢字及びカナの両方）、③口座番号が分かる **通帳記載部分のコピーの添付（表紙・表紙の裏面）** をお願いいたします。
- ・ゆうちょ銀行の口座については使用できませんのでご注意願います。

<担当>

100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省医薬・生活衛生局生活衛生課指導係
電 話： 03-5253-1111（内線：2435）
F A X： 03-3501-9554