

(様式第1号-2)

鳥取県観光需要回復加速化緊急対策事業 **日帰り** バス旅行商品支援補助金交付申請書

令和 年 月 日

(公社) 鳥取県観光連盟

会長 小谷 文夫 様

(申請者) 旅行業登録 観光庁長官・ \_\_\_\_\_ 知事登録 \_\_\_\_\_ 種 \_\_\_\_\_ 号

会社住所 〒 \_\_\_\_\_

会社名 \_\_\_\_\_

営業所名 \_\_\_\_\_

代表者役職 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

**社印**

1. 旅行商品名 又は団体名	
2. 旅行出発日	初班： _____ 月 _____ 日 ( _____ ) ~ 最終班：同月 _____ 日 ( _____ ) ※催行月ごとの申請に限ります。最終班については複数班で実施の場合のみ記載。
3. 申請人員	合計 _____ 名 ※各出発日、乗務員・添乗員を除く、9名以上設定時のみ対象。 (複数班の場合には、別途各出発日ごとに、設定人員が確認できる書面を同封すること。)
4. 旅行契約形態	( _____ ) 受注型企画旅行 ・ ( _____ ) 募集型企画旅行 ※ ( _____ ) 内に○を必ず記入のこと
5. 観光等施設名称 (予定箇所)	① ( _____ ) ② ( _____ )
6. 食事施設名称 (予定箇所)	( _____ )
7. 旅行代金 ※別途見積添付	ひとり当たり _____ 円 ~ _____ 円
8. 補助金申請額	①：土曜日、日曜日、祝祭日 ②：①以外の日 ① 15,000円 × _____ 台 = _____ , 000円 ② 30,000円 × _____ 台 = _____ 0,000円 ※募集型企画旅行については、ひと月当たりのバスの申請台数は、5台までです。
9. 担当者 所属・役職・氏名	所属： _____ 役職： _____ 氏名： _____
10. 連絡先	TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____
11. 助成金の併用 ※ <input checked="" type="checkbox"/> のない場合は受付不可	<input type="checkbox"/> この補助金以外に、鳥取県、(一社)山陰インバウンド機構、(公財)とっとりコンベンションビューロー、当連盟及び鳥取県内地方公共団体からの補助金又は委託料を受けていません。

※申請者は会社(営業所)の代表者に限ります。

<b>【連盟使用欄】</b>	累計	台	金額	円	<input type="checkbox"/> ひと月申請上限(募集)	<input type="checkbox"/> 一営業所申請上限
----------------	----	---	----	---	--------------------------------------	-----------------------------------