

(様式第 1 号－ 1)

令和 8 年度鳥取県宿泊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

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、12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. 予定バス会社名	バス会社名： _____ 営業所名： _____
6. 宿泊施設名称 (予定箇所)	① (_____) ② (_____)
7. 観光等施設名称 (予定箇所)	① (_____) ③ (_____) ② (_____) ④ (_____)
8. 食事施設名称 (予定箇所)	① (_____) ② (_____)
9. 旅行代金	ひとり当たり _____ 円 ～ _____ 円
10. 補助金申請額	①：平日、日曜日、祝祭日：30,000円 ②：土曜日、祝祭日前日：10,000円 ①②のどちらか 県内バス加算額 鳥取県内泊数 〔 _____ 円 + _____ 円 〕 × _____ 台 × _____ 泊 = _____ 円 〔 _____ 円 + _____ 円 〕 × _____ 台 × _____ 泊 = _____ 円 ※募集型企画旅行については、半期(4～9、10～3)の申請上限台数は、30台までです。
11. 担当者	所属： _____ 役職： _____ 氏名： _____
12. 連絡先	TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____
13. 助成金の併用 ※☑のない場合は受付不可	☐ 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及び連盟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。

【連盟使用欄】	累計	台	金額	円	☐ 半期(4～9、10～3)申請上限(募集)	☐ 一営業所申請上限
---------	----	---	----	---	---	-----------------------------------