

日中に連絡がつく事務担当者の  
直通電話番号をご記入ください

事業者名称 **株式会社古町ホテル**  
代表者名 **代表取締役社長 新潟 太郎**  
事業者住所 **新潟市中央区古町通7番町1010番地**  
(担当者氏名・連絡先) 氏名 **総務部 新潟 花子**  
電話 **025(226)2607**

新潟

新潟市宿泊施設感染症対策補助

代表者印で押印してください。

令和2年 9月 1日付け 第123号 で補助金の交付決定通知のあった補助事業が完了したので新潟市  
宿泊施設感染症対策補助金交付要綱第10条第1項の規定により下記のとおり報告します。

記

- 1 宿泊施設名称 **古町ホテル**
- 2 補助金交付決定額 **200,000円**
- 3 補助対象経費 **210,000円**
- 4 実績報告額 **200,000円**
- 5 補助事業完了日 **令和2年 9月 20日**
- 6 振込口座情報  
通帳の口座番号がわかるページの写しを添付してください。

金融機関	市役所		銀行	農協	るぶる				本店(所)	
			金庫	組合					支店(所)	
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	<b>ニイガタ タロウ</b>									
口座名義人	<b>新潟 太郎</b>									

※振込先の名義人は、原則として補助金申請者と同一としてください。

登録宿泊施設に係る補助事業者で、補助金交付申請時に振り込み口座を届け出ている場合は記入不用。

(添付書類)

- 消耗品費、備品購入費を支払ったことを証明する書類（支出した補助対象経費の内容がわかるものであること）の写し
- 購入した消耗品、備品の状況がわかるカラー写真
- 振込先口座の通帳の写し

(金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人の分かるもの)

登録宿泊施設に係る補助事業者で、補助金交付申請時に振り込み口座を届け出ている場合は記入不用。