|  |  |
| --- | --- |
| 通し番号 |  |

**令和４年度 盛岡の宿応援割 宿泊補助申込書**

以下の注意事項をよくお読みいただき、盛岡の宿応援割の宿泊補助申込みをしてください。

なお、この宿泊補助の適用においては、本書の記入をもって盛岡の宿応援割を利用する全ての人が、全ての注意

事項に同意したものとします。

（注意事項）

１　この申込書において、代表者の氏名は代表者本人の直筆を原則とします。

２　盛岡の宿応援割を利用する全ての人は、本人であることの確認書類（身分証明書等）及びワクチン・検

査パッケージ制度等に基づく予防接種済証明書等もしくはPCR検査等の検査結果通知書を宿泊受付時に必ず

提示するものとします。

３　宿泊代表者は、記入した内容に虚偽又は不正があった場合には、盛岡の宿応援割による補助割引料金を宿泊

施設に支払うことを誓約します。

■代表者記入欄　※太枠内に記入願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 枝番 | 利用期間 | 令和　 年　 月　 日 ～ 月 日 | 宿 泊 数 | 泊　　 日 |
| 生年月日 | M・T・S・H　 　年　 月 　 日 | 電話番号 | －　　　　－ |
| １ | 代表者住所 | 　　　　都・道・府・県　　　　　市・町・村 |
| **代表者氏名****（署名）** |  | ワクチン検査パッケージ確認欄 | □【予防接種済証明書等】□【PCR検査等の検査結果通知書】 |

■同行者記入欄　※住所については、代表者と異なる場合のみ記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２ | 同行者住所 | 　　　　都・道・府・県　　　　　市・町・村 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　年　月　日 | ワクチン検査パッケージ確認欄 | □【予防接種済証明書等】□【PCR検査等の検査結果通知書】□ 12歳未満の同行者 |
| 同行者氏名 |  |
| ３ | 同行者住所 | 　　　　都・道・府・県　　　　　市・町・村 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　年　月 　日 | ワクチン検査パッケージ確認欄 | □【予防接種済証明書等】□【PCR検査等の検査結果通知書】□ 12歳未満の同行者 |
| 同行者氏名 |  |
| ４ | 同行者住所 | 　　　　都・道・府・県　　　　　市・町・村 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　年 　月 　日 | ワクチン検査パッケージ確認欄 | □【予防接種済証明書等】□【PCR検査等の検査結果通知書】□ 12歳未満の同行者 |
| 同行者氏名 |  |
| ５ | 同行者住所 | 　　　　都・道・府・県　　　　　市・町・村 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　年 　月 　日 | ワクチン検査パッケージ確認欄 | □【予防接種済証明書等】□【PCR検査等の検査結果通知書】□ 12歳未満の同行者 |
| 同行者氏名 |  |

※１　予防接種証明書等とは

　　新型コロナウイルスワクチン予防接種済証、新型コロナウイルスワクチン接種記録書、新型コロナウイルス

ワクチン接種証明書のいずれかで、宿泊日初日を基準に、３回目以上の接種日以降のもの。

※２　検査結果通知書とは

　　PCR検査結果における陰性証明、抗原定量検査における陰性証明（検査結果通知書）、抗原定性検査における

陰性証明（検査結果通知書）のいずれかで、宿泊日初日において有効期限が過ぎていないもの。

※３　当申込書により取得した個人情報については、盛岡の宿応援割事業補助金についてのみ使用し、その他の目

的のためには使用しません。

■宿泊施設記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 宿泊施設名 |  |
| 盛岡の宿応援割を利用する方全員の身分証明書確認欄 | □　確認した |
| 領収書のあて名（宿泊者名と異なる場合のみ記入） |  |