***From May.8th*　The National Travel Assistance（Kagawa-wari）**　【Consent form】

No.

　３３ 　　.

いずれかに○印をつけて下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご旅行日（date） | **２０２３**年　　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | 旅行日数（stay） | 　　　　　泊 |
| フリガナ |  |
| 代表者お名前Name of Representative |  |
| ご旅行人数Number of travelers | 合計人数（total） | 人数内訳（breakdown） |
| 名様 | 大人（adult） | 小人（child） | 幼児（infant） |
| 名様 | 名様 | 名様 |
| ご住所address | 　　　　　　（都・道・府・県） |
| 携帯番号Cellphone number | 　　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　－ |
| **新かがわ割クーポン　配付クーポン番号**（coupon number） | **クーポン総額**（Coupon total） |
| **【　　　　　　　　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　　　　　　　】****計　　　　　　枚** | **円** |
| **Identity verification documents****and personal information consent for use** | **Please present your identity verification documents and " COVID-19 vaccination certificate" or "** **Test result notification of COVID-19."**※The personal information you provide will not be used for anything other than confirming the records of this project.※After receiving the coupon, if the accommodation schedule is shortened (reduced nights) or the number of participants is reduced, please return the coupon. In the case you do not return the coupon or refund in cash, it will be illegal receipt of the subsidy.□I agree to present my identity verification documents.□I have no objection to the subsidy amount of this travel and the contents of the coupons (number of copies, validity period)□I agree to present my vaccination certificate or test result notification of COVID-19.　**Signature of Representative**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

宿泊事業者　使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| **宿泊事業者名・OTA会社名** | **確認者** |
|  |  |
| 助成対象人数　大人【　　　】名　小人（12歳未満）【　　　】名ワクチン接種済【　　　】名　検査結果通知書による陰性確認【　　　】名**【本人確認書類　1点確認】**□運転免許証　　　□運転経歴証明書　　　□マイナンバーカード　　　□旅券(パスポート) 　　　□官公庁職員身分証明書**□**健康保険等被保険者証(住所記載必須) □年金手帳　　 　□障害者手帳等各種福祉手帳□介護保険被保険者証　　　□公機関が発行した資格証明書　　　**□**学生証(住所記載必須)　　　□在留カード□特別永住者証明書　 　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　※**「住民票」**や**「公共料金の支払明細票」**は本人確認書類にはなりません。**【ワクチン接種済みの方について】※間違いなく本人のものであること、3回目接種していることを確認****【検査結果通知書による陰性確認の方について】****①受検者氏名/②検査結果/③検査方法/④検査所名/⑤検体採取日/⑥検査管理者氏名/⑦有効期限** が記載されていること●「PCR検査」「抗原定量検査」は検体採取日＋３日が有効期限●「抗原定性検査」は検体採取日＋１日が有効期限 |

**宿泊事業者の皆さんへ**

**☆この書面は事務局に提出する必要はございません**。

但し、「新うどん県泊まってかがわ割」は会計検査院対象事業ですので、助成金を受けた年度の翌年度から**5年間保管**をお願い致します。