新うどん県泊まってかがわ割

№　 　　.

旅行利用者確認書及び個人情報同意確認書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご旅行日 | 　　　　年　　　　月　　　　　日 | 旅行日数 | 　　　　　泊 |
| フリガナ |  |
| 代表者お名前 |  |
| ご旅行人数 | 合計人数 | 人数内訳 |
| 名様 | 大人 | 小人 | 幼児 |
| 名様 | 名様 | 名様 |
| ご住所 | 　　　　　　　県 |
| 携帯番号 | 　（　　　　　　）　　　　　　　　－ |
| 【A】本事業割引前旅行プランの総旅行代金（税込） | 　　　総額　　　　　　　　　　　　 円 |
| 【B】自社プランによる割引等の他割引金額（割引額）※新かがわ割より**前に**差引 | 　　　総額　　　▲　　　　　　　　　　円 |
| 【C】本事業の助成金額（割引額）**(A-B後から算出)** | 　　　総額　　　▲　　　　　　　　　　円 |
| 【D】旅行券または金券等での支払い※新かがわ割より**後に**差引 | 　総額　　　▲　　　　　　　　　　円 |
| 【E】本事業割引後の旅行代金（A－B－C－D） | 　　　総額　　　　　　　　 円 |
| **新かがわ割クーポン　配付クーポン番号** | **クーポン総額** |
| **【　　　　　　　～　　　　　　　】計　　　　枚** | **円** |
| 本人確認書類及び個人情報、割引利用金額同意 | 代表者本人及び同行者の在住確認とワクチン接種確認のため、**本人確認書類及び予防接種等または検査結果通知書のご提示をお願いします。**※ご提示いただいた個人情報につきましては、本事業の記録確認以外には使用致しません。※新かがわ割クーポンを受け取った後に、宿泊日程の短縮（減泊）や参加人数の減少等があった場合には、クーポンを返却してください。**万一、クーポンの返却、現金での返金をしなかった場合には、支援金の不正受給となります。**□本人確認書類の提示に同意します。□本事業の割引金額、クーポンの内容(枚数・有効期間)に異論ありません。□予防接種等または検査結果通知書の提示に同意します。　**代表者お名前（署名）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　. |

　　旅行会社・宿泊事業者　使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| **旅行会社・宿泊事業者名** | **確認者** |
|  |  |
| **助成対象人数　大人【　　】名　小人（12歳未満）【　　】名****香川県在住者【　　】名　香川県以外の助成対象エリア(注１)在住者【　　】名****（注1）【4/8～：徳島県・愛媛県・高知県・山口県】【停止中：岡山県・広島県・鳥取県・島根県・兵庫県】****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　 □マイナンバーカード □旅券(パスポート)　 **□健康保険等被保険者証(住所記載必須)** □年金手帳　□官公庁職員身分証明書　□介護保険被保険者証　□公機関が発行した資格証明書　□障害者手帳等各種福祉手帳　**□学生証(住所記載必須)****【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、2回目接種後14日経過していることを確認****≪確認書類≫　接種済証【　　】名　接種記録書【　　】名　接種証明書【　　】名****※香川県在住者はワクチン2回接種 / 香川県在住者以外はワクチン3回接種が条件となります。****【検査結果通知書による陰性確認の方について】****≪確認書類≫【Ａ】PCR検査【　 】名【Ａ】抗原定量検査【 　】名【Ｂ】抗原定性検査【 　】名****※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****【Ａ】：陰性であり、有効期限が旅行開始日・宿泊開始日の３日前以降のものである****【Ｂ】：陰性であり、旅行開始日・宿泊開始日の前日又は当日のものである** |

**※今後、助成対象エリアが拡大および変更になった場合も本書式を継続してご使用ください。**