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「接種済証」「接種記録書」「接種証明書」等（ワクチン接種歴）または「PCR検査」「抗原定量検査」「抗原定性検査」いずれかの検査結果通知書）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在住者【　　】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　 □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) □学生証(住所記載必須)□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　**【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、助成対象者はワクチン3回接種していることを確認****≪確認書類≫　接種済証・接種記録書・接種証明書【　　】名****【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** |