

(第1号様式)

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付申請書

令和 2年10月15日

松戸市長 殿

事業所の代表者が申請する場合は、事業所の住所、事業所名、代表者名、連絡先を記載し、代表者印を押印してください。

申請者住所 松戸市本町〇〇-〇〇
 事業所名 〇〇総合病院
 申請者氏名 院長 代表 太郎 印
 連絡先 047-〇〇〇-〇〇〇〇

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付要綱第4条第1項に規定する施設に宿泊しました

宿泊者ごとにチェックイン/アウトの日付を記載してください。
 数名、数回に渡る場合は行を分け、書ききれない場合は別紙を添付してください。

に基づき、関係書類を添えて下記の通り助成金の交付を
 宿泊費用は宿泊期間中の合計金額を記載してください。
 申請額は助成金交付要綱やホームページを参照のうえ、助成対象となる金額を記載してください。

記

宿泊期間	宿泊施設名	宿泊者名及び職種	宿泊費用	申請額
令和2年10月1日から 令和2年10月3日まで	〇〇ホテル	氏名: 松戸 太郎 職種: 医師	10,000 円	10,000 円
令和2年10月5日から 令和2年10月7日まで	△△ホテル	氏名: 松戸 次郎 職種: 看護師	12,000 円	12,000 円
令和2年10月1日から 令和2年10月5日まで	ホテル□□	氏名: 松戸 三郎 職種: 検査技師	20,000 円	20,000 円
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
				計 42,000 円

事業所の住所、事業所名、代表者名を記載し、代表者印を押印してください。

勤務先等証明欄

上記宿泊者は、松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付要綱第3条に規定する助成対象者であり、同要綱第4条第1項に規定する施設に宿泊したことに相違ありません。

所在地 松戸市本町〇〇-〇〇
 事業所名 〇〇総合病院
 代表者名 院長 代表 太郎 印

(第2号様式)

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付請求書

令和 2年10月15日

松戸市長 殿

事業所による申請の場合、住所の下に事業所名を記載してください。交付申請書(第1号様式)の記載内容、使用印と統一してください。

住所 松戸市本町〇〇-〇〇
〇〇総合病院
氏名 院長 代表 太郎 (印)

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、下記の通り請求します。

記

交付申請書(第1号様式)の申請額の合計額と一致させてください。

1 請求金額

4 2 0 0 0 円

2 振込先

金融機関名	〇〇銀行 金融機関コード(〇〇〇)	支店名	〇〇支店 支店コード(〇〇〇)
預金種別 ※いずれかに〇	普通・当座・その他()	口座番号 ※右詰めで記入	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
(フリガナ)	〇〇ソコゴウビョウイン インチヨウ ダヒョウ タウ		
口座名義	〇〇総合病院 院長 代表 太郎		

原則、事業所(又は事業所の代表者)の銀行口座とします。事情によりそれ以外の銀行口座への振り込みをご希望の場合は、市へご相談ください。

口座番号が7ケタに満たない場合は右詰めで記載してください。

(第3号様式)

宣誓書兼個人情報利用同意書

令和 2年10月15日

松戸市長 殿

事業所による申請の場合、この様式は**代表者、及び宿泊者個人、それぞれによる提出が必要となります。**
代表者に関しては、交付申請書(第1号様式)の記載内容、使用印と統一してください。

住所 松戸市本町〇〇-〇〇
〇〇総合病院
氏名 院長 代表 太郎 ⑩

松戸市医療従事者等宿泊費用助成金の交付申請にあたり、松戸市市税条例(平成27年条例第12号)に規定する市税に滞納がないこと、並びに宿泊施設を利用した費用に対して、他の制度による助成金等の交付を受けておらず、また、受ける予定でないことを宣誓します。

また、市が当該宣誓内容の確認を行うために、個人情報を利用することに同意します。