

(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

宿泊施設利用者個人で申請する場合は、
本人の住所、勤務先、氏名、連絡先を
記載してください。

申請者住所 松戸市松戸〇〇〇〇
事業所名 〇〇総合病院
申請者氏名 松戸 太郎 ⑧
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ので、同要綱第5条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて下記の通り助成金の交付を

チェックイン/アウトの日付を記載してください。
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。

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 太郎 職種: 医師	12,000 円	12,000 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
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		氏名: 職種:	円	円
				計 22,000 円

勤務先の代表者の記名押印を
受けてください。

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 ⑧

(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

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 松戸市松戸〇〇〇〇

氏名 松戸 太郎

Ⓔ

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

2 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○	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)	マツド タロウ		
口座名義	松戸 太郎		

原則、申請者本人の銀行口座とします。
事情により本人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

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 松戸市松戸〇〇〇〇

氏名 松戸 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。