

- 本申請書は**居住者先等の確認**のために必要となりますので、御協力の程  
 お願い致します。（※割引助成の対象の方は全員記載が必要です。）

|   |  |                          |                                   |
|---|--|--------------------------|-----------------------------------|
| お名前   | (※) ご家族など、グループの場合は代表者 1 名の名前を記載してください。 |                          |                                   |
| ご住所   |  |                          |                                   |
| ワクチン・検査パッケージ活用の確認   | <input type="checkbox"/>               | ワクチン接種済証                 | <input type="checkbox"/>          |
|   |  |                          | 検査結果通知書等                          |
| ※グループの場合は、下記に代表者以外の方のお名前を御記入し、お住まいの市町村を記入してください。欄が足りない場合は、2 枚目に記載をお願いします。 |  |                          |                                   |
| 2.  | 県名：                                    | <input type="checkbox"/> | ワクチン接種済証 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 検査結果通知書等 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 確認不要 <input type="checkbox"/>     |
| 3.  | 県名：                                    | <input type="checkbox"/> | ワクチン接種済証 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 検査結果通知書等 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 確認不要 <input type="checkbox"/>     |
| 4.  | 県名：                                    | <input type="checkbox"/> | ワクチン接種済証 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 検査結果通知書等 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 確認不要 <input type="checkbox"/>     |
| 5.  | 県名：                                    | <input type="checkbox"/> | ワクチン接種済証 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 検査結果通知書等 <input type="checkbox"/> |
|   |  |                          | 確認不要 <input type="checkbox"/>     |
| 宿泊日：令和 年 月 日 ～ 年 月 日 泊  |  |                          |                                   |

※連泊の場合、10 泊までは 1 枚にご記入ください。

※裏面の宣言書を必ずご確認ください。

==== (以下、宿泊施設又は旅行会社記入欄) ====

(料金総額) ※別紙による記載可

|      |   |      |
|------|---|------|
| 通常料金 | 円   | (内訳) |
| 割引価格 | 円   | (内訳) |
| 宿泊曜日 | 日・月・火・水・木・金・土<br>指定日 ( 4/29 ・ 5/3 ・ 5/4 ) |      |

上記項目 (居住先、ワクチン・検査パッケージ) について確認しました。

事業者名 ( )



チェック欄

# 宣 言 書

申請書に名前の記載がある者は、

「山の都にお出かけキャンペーン」事業の利用に当たって、下記のとおり宣言します。

## 記

- 申請書類の内容は虚偽ではありません。
- 宿泊施設・旅行会社の求めに応じ、該当する者は、  
ワクチン接種歴又は検査結果を提示します。
- 山都町及び事務局からの提出指導、事情聴取の調査等の  
求めに応じます。
- 熊本県が示している「宿泊旅行時の感染リスクを下げる  
4つのステップ」を確認し、遵守します。
- 体調が悪化した場合は、速やかに申し出ます。
- 感染者数の拡大等、止むを得ず本事業が停止となった場合、  
割引助成が適用されない可能性があることを了承します。