

様式第 1 号（第 7 条関係）

浦添市医療・福祉等従事者宿泊費補助金交付申請書

年 月 日

浦添市長 様

申請者	住 所 (※1)	〒
	法人名 (※2)	
	事業所名	
	フリガナ	
	氏 名 (※3)	Ⓜ
	職 種 (※4)	
	電話番号	(自宅・携帯電話・事業所)

※1：個人の場合は居住地、事業所の場合は所在地 ※2：個人経営等の場合は不要
※3：事業所の場合は事業所の長（役職及び氏名） ※4：個人の場合のみ

第 3 条第 1 項第 1 号に掲げる事由により同項第 2 号に規定する施設（※）に宿泊しましたので、
下記のとおり関係書類（原本）を添えて宿泊費の補助金の交付を申請します。

	宿泊日	宿泊者名	宿泊費	申請額
1	年 月 日		円	円
2	年 月 日		円	円
3	年 月 日		円	円
4	年 月 日		円	円
5	年 月 日		円	円
6	年 月 日		円	円
7	年 月 日		円	円
8	年 月 日		円	円
9	年 月 日		円	円
10	年 月 日		円	円
			計	円

【勤務先等証明欄】（※）個人が申請の場合は勤務先事業所、事業所が申請の場合は法人からの証明
上記宿泊者は、第 3 条第 1 項第 1 号に掲げる事由により同項第 2 号に規定する施設（※）に 宿泊したことを認めます。
所在地
事業所又は法人
代表者名 Ⓜ

※第3条第1項第1号：新型コロナウイルス感染症への対応をしていることを原因として帰宅することができないとき。
第3条第1項第2号：市内の宿泊施設等に令和2年8月3日から令和3年3月30日までの間に宿泊をしたとき。