（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　　年　　月　　日

松戸市長　殿

申請者住所

　事業所名

申請者氏名　　　　　　　　　　　　㊞

連絡先

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申請します。

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　 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 |
| 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　 　　　 円 |

|  |
| --- |
| 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  事業所名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |