

- 各様式とも **青点線** で囲ってある部分を利用者にご記入いただきます。
- 団体旅行等で旅行者名簿欄が不足する場合は、別途旅行者名簿をご用意下さい。

利用商品 = 宿泊商品 / 旅行商品 (添乗員なし)
 申込方法 = 旅行事業者利用

- 様式②は旅行事業者が準備します。**
ご予約時に青破線部分をご記入下さい。
 ※ご予約前に利用者様が予め記入し、ご予約時に旅行事業者に提出いただいても構いません。

わかやまりフレッシュプランSワイド2nd 【利用開始日：2022年12月21日】

様式② 同意確認書 兼 ワクチン・検査確認シート

利用商品 = 宿泊商品 / 旅行商品 (添乗員なし) ・ 申込方法 = 旅行事業者利用

本事業に拠る補助金（旅行代金を補助する販売補助金と地域クーポン）の交付を受けるためには、下記4項目の同意が必要となります。内容をご確認の上、同意確認書欄・旅行者名簿欄のご記入をお願い申し上げます。

同意確認書 (代表者記入欄①)

1. 「本人確認書類」および「居住地確認書類」の提示をいただきます。
 提示ができなかった場合や本人以外の参加者が参加した場合は、補助金相当額の返還を求めます。
2. ワクチン接種歴や検査結果の確認を行います。
 ワクチン接種済証等又は検査結果通知書を事前確認および当日確認の際に確認者に提示していただきます。
 ※検査結果通知書によらず、旅行者自らが検査キットを用いて実施した検査結果は認められません。
3. 対象除外地域が発生した場合の対応
 感染状況により、ご旅行先の都道府県が事業停止となった場合は補助金の対象外となります。また、そのことを事由としてご旅行を取消される場合、補助金適用前の旅行代金に対する取消料が発生します。
4. 宿泊事業者が本事業への参画を取消した場合の対応
 ご宿泊当日時点で、宿泊先施設が本事業への参画登録が承認されていない場合は、補助金交付の対象外となります。既に旅行代金が精算済みの場合でも、補助金相当額の返還を求めます。

上記内容に同意します

※代表者はご参加者全員が上記に同意いただいたことを確認の上、チェックをお願いします。

代表者 (自署)			
ご住所	(〒 -)	都・道・府・県	
ご旅行期間	年 月 日 () ~	年 月 日 ()	泊数 泊 日

旅行者名簿 (代表者記入欄②)

※5名様以上の場合は別添名簿も可(但し、居住地の都道府県がわかること)

	氏名	居住地の都道府県
代表者		
同行者①		
同行者②		
同行者③		
同行者④		

<事前確認欄> 旅行事業者確認チェック欄

本人確認	対象 都道府県	3回接種済	親等同伴の 12歳未満	確認日
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/

※ご記入いただいた個人情報は、本事業の補助金申請手続きに利用し、補助金の申請先である自治体および当該事業の事務局、その他委託先を除く第三者に提供することはありません。

ご利用者様へ：旅行事業者の事前確認後に本片を受け取り、チェックイン当日に宿泊事業者様にお渡し下さい。
旅行事業者様へ：本片はご利用者様にお渡しいただき、ご旅行出発日までコピーを保管して下さい。

<当日確認欄> 宿泊事業者確認チェック欄

チェックイン当日に宿泊事業者が確認します。

事前確認で「対象地域在住であること」および「ワクチン3回接種を確認している」場合は本人確認のみ行って下さい。

- 検査結果が陰性であり、有効期間内であることを確認した
 ※事前確認でワクチン3回接種を確認できなかった方のみ
- 本人を確認できる書類を確認した

確認日： _____ 宿泊事業者名： _____ 担当者氏名： _____

宿泊事業者様へ：ご利用者様が持参されましたら当日確認を行い、本シートを保管下さい。