

(表)

記載例

別記様式第1号の1 (第6条関係)

新潟市宿泊施設感染症対策補助金交付申請書

令和2年 8月15日

日中に連絡がつく事務担当者の直通電話番号をご記入ください

事業者名称 株式会社古町ホテル
代表者名 代表取締役社長 新潟 太郎 印
事業者住所 新潟市中央区古町通7番町1010番地
(担当者氏名・連絡先) 氏名 総務部 新潟 花子
電話 025(226)2607

代表者印で押印してください。

新潟市宿泊施設感染症対策補助金 100,000 円の交付
面誓約書に記載のすべての事項に誓約し、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

1 宿泊施設の情報

基本情報	名称	古町ホテル
	所在地	新潟市 中央区古町通7番町1010番地
	電話番号	025(226)2607
購入予定 対象経費 ※該当経費を○ で囲んでくだ さい	衛生設備	飛沫感染防止用パネル、透明ビニールカーテン、 非接触体温計、サーマルカメラ、サーキュレーター、 ソーシャルディスタンス確保を目的としたサイン、 その他 ()
	衛生用品	マスク、フェイスシールド、ゴーグル、衛生用手袋、 アルコール消毒液、消毒用ウェットティッシュ、 消毒用洗浄剤、 その他 ()

(添付書類)

- 旅館業法に基づく営業許可証、住宅宿泊事業法に基づく標識又は国家戦略特別区域法の認定証の写し
- 市税に未納がない旨の証明書(市制度用)原本
- 購入予定品の見積書又は価格が分かる書類

