

別 記

第 1 号様式 (第 7 条第 1 項)

年 月 日

浦安市長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との関係)
電 話

医療従事者等退避宿泊支援事業利用申請書

次のとおり、宿泊を利用したいので、申請します。

①から③に該当する□にチェック(☑)付けてください。

- ①新型コロナウイルス感染症患者に対応している市内医療従事者で同居家族がいる者
- ②新型コロナウイルス感染症患者に対応している医療従事者又はその同居家族で市内在住者
- ③市長が特に認めた者。

フリガナ 利用者氏名	職 種	
利用者住所	※申請者と同じ場合は省略可 (電話)	
施設名	<input type="checkbox"/> 指定施設	<input type="checkbox"/> その他市内宿泊施設
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
利用者の同居者	氏名 : _____ 氏名 : _____ 他	
緊急連絡先	住所) 氏名) 電話) 続柄)	
利用者助成限度額	一室当たり上限5,000円/泊(飲食代等を含まない)	

上記申請者は、本医療機関で新型コロナウイルス感染者の治療や検査等で直接患者に医療提供を行っている医療従事者であることを証明いたします。

住 所
医療機関名
代表者名 印

(注) この申請書の記載された内容を医療機関に確認する場合があります
利用者が自己の責めに帰すべき理由により、指定施設の利用を取り消した場合には、
指定施設の規定に基づきキャンセル料金が発生します。