

1

No. _____

ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業申込書

令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

(Eメールアドレス) _____

2 検査利用回数

過去に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いすることがあります。

_____ 回

3 発熱その他自覚症状の有無（✓を記入してください）

① あり

② なし

4 検査目的（✓を記入ください）

本日の検査の目的について、下記より1つ選択

① 飲食、イベント、旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、必要であるため
（ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等）

② その他（民間の自主的な取組み）

※①、②の場合いずれも、原則として抗原定性検査により検査実施。

5 以下に該当する場合には✓を記入ください。

検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等の提示又は申立書の提出
を行った。（※必答）

6 ワクチン接種状況（※いずれか1つ必答）

3回目接種が未了である。

3回目接種済みであるが、次の場合によるため、3回目接種完了者であっても検査を受検する必要があるが、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。

① 対象者全員検査制度を利用する場合

② 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動に際して検査結果を求められた場合等

7 PCR 検査等利用理由（※該当する場合のみ、いずれか1つ必答）

検査申込者が10歳未満であること。

高齢者や基礎疾患を有する者等との接触が予定されており、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。

（確認事項）※✓を記入ください

仮に検査結果が陽性であった場合には、医療機関を受診します。

上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて同意します。また、都道府県が必要と認め、本事業の適正執行を確保するため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

※1：ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほか、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無については、別途自治体において確認する場合があります。

※2：次回の検査申込に当たっては、PCR検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とされていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いします。

担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業における区分	
	VTP・全員検査等分	対象外（左記以外の場合）
	* 日付： _____ * 書類の種類： チケット・予約票・切符・申立書・その他（ _____ ）	
実施する検査の種類 ※いずれかを○で囲む PCR 検査等 ・ 抗原定性検査	その他 ※回数疎明を求めた際等に記入	