

山梨県ワクチン・検査パッケージ無料検査申込書

※原則、申込者本人が記載してください。

申込日 令和 年 月 日

1 検査申込者（本人確認）

氏名： _____ 住所：山梨県 _____

電話番号： _____ メールアドレス： _____ @ _____

2 検査の目的と希望する検査（いずれかに☑を記入してください。）

1. (目的) イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うため
(検査方法) PCR 検査又は抗原定量検査
2. (目的) 感染不安があるため (知事が受検要請をしている場合のみが対象です。)
(検査方法) 抗原定性検査

3 検査利用回数

今回で _____ 回目 → 検査を利用したことがある場合は、直近2回の検査年月日
(前々回) 令和 年 月 日 (前回) 令和 年 月 日

4 ワクチンの接種の有無（いずれかに☑を記入ください）

2で「1.」を選んだ場合、ワクチンを2回接種済みですか

1. いいえ
 2. はい

5 4で「いいえ」を選んだ場合、その理由（いずれかに☑を記入ください）

1. 健康上の理由（医師の予診票の写し又はかかりつけ医師の意見書の提示）
 2. 12歳未満である
 3. その他（自己の意思等）

（確認・同意事項）（全てに☑を記入した場合のみが対象となります。）

- 検査当日は発熱や体調不良はありません。
- 今回の検査が医療行為としての検査ではないことを理解しています。
- 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します。
- 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は山梨県から求めがあった場合には山梨県に提出されることがあること、かつ、陽性であった場合に管内保健所から連絡が入る場合があることについて同意します。また、山梨県が必要と認め、ワクチン接種の有無について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、山梨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いたします。

受付事務局確認用フローチャート

※検査を受け付ける事業者が記載してください。(確認したところに☑を記入ください)

【1 検査申込者】
 ・記載内容が、身分証明書と一致しているか

(☐ 確認済み)

【2 検査の目的】

(☐ 「1」を選択)

(☐ 「2」を選択)

・知事が感染拡大等を受けて、受検要請をしている期間・市町村か

(☐ YES)

(☐ NO)

補助対象外

【3 検査の回数】(PCR、抗原定量)
 ・今日の検査は、今週*何回目か

(☐ 1回目/2回目)

(☐ 3回目以上)
※検査回数を要確認

補助対象外

【3 検査の回数】(抗原定性)
 ・今日の検査は、今週*何回目か

(☐ 1回目)

(☐ 2回目以上)
※検査回数を要確認

補助対象 (一般分)

補助対象外

※ 今週とは、受検日の属する週の日曜日から土曜日をいう。

【4 ワクチン接種の有無】

(☐ 「1. いいえ」を選択)

(☐ 「2. はい」を選択)

補助対象外

【5 4で「いいえ」を選んだ理由】

(☐ 「1. 健康上の理由」を選択)
又は
(☐ 「2. 12歳未満」を選択)

補助対象 (VTP 等分)

(☐ 「3. その他」を選択)

補助対象外

受付番号 No. _____