

## 検査申込書

申込日：令和 年 月 日

### 1 本人確認

氏名： \_\_\_\_\_ (フリガナ： \_\_\_\_\_)

住所：(〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号）： \_\_\_\_\_

(Eメールアドレス)： \_\_\_\_\_

※身分証明書（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等）をご提示ください。

### 2 検査の目的（該当項目に☑をしてください。）

本日の検査の目的について、(1)又は(2)から1つ選択してください。

- (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・対象者全員検査等定着促進事業)

※原則として抗原定性検査により実施します

→「★2で(1)を選んだ方は」へ進んでください。

- (2)  感染不安があり、一般検査を受けたいため（感染拡大傾向時の一般検査事業）

※三重県に在住の方が対象

→「3 検査利用回数」へ進んでください。

**★2で(1)を選んだ方は、以下の該当する内容に☑をしてください。**

#### 【①検査の目的】

検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かるチケット・予約票等の提示、  
又は申立書（ア欄記入）の提出を行った。

#### 【②ワクチン接種状況】※いずれか1つ

3回目接種が未了である。

3回目接種済みであるが、

対象者全員検査等 又は 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、3回目接種完了者であっても検査を受検する必要があり、  
その旨を説明する書類等の提示、又は申立書（イ欄記入）の提出を行った。

以上により、抗原定性検査の対象となります。

PCR検査等を希望される場合、以下に☑が必要です。

#### 【③PCR検査等の利用理由】（希望する場合のみ）※いずれか1つ

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（ウ欄記入）の提出を行った。

### 3 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（うち当月 \_\_\_\_\_回）

今回の検査が、当月4回目以上の場合、以下に理由を記載してください。

理由（ \_\_\_\_\_ ）

### 4 確認事項（該当項目に☑をしてください。）

- 上記内容につき、虚偽がないことを証します。
- 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。
- 本申込書は三重県から求めがあった場合には三重県に提出されることがあることについて同意します。
- 三重県が必要と認め、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、市町に照会を行ったときは、市町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、三重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。

担当者確認欄（該当項目に☑をしてください）

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
無料検査事業における区分	<input type="checkbox"/> 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 ※項目2で（1）を選択した場合 イベント等の日付： ____月 ____日 確認書類： <input type="checkbox"/> チケット <input type="checkbox"/> 予約票 <input type="checkbox"/> 切符 <input type="checkbox"/> 申立書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	<input type="checkbox"/> 感染拡大傾向時の一般検査事業    ※項目2で（2）を選択した場合 <b>【注】</b> 居住地は県内の対象地域
	<input type="checkbox"/> 対象外（上記以外の場合）
実施する検査の種類	<input type="checkbox"/> PCR検査等 <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査
その他	