

新型コロナウイルス感染症に関する 高齢者等任意検査費用の一部を助成します

新型コロナウイルスに感染した際に、重症化するリスクが高い高齢者や基礎疾患のある方が、本人の希望により検査を行う場合に、市が費用の一部を助成します。

対象者	筑西市内に住所のある方で検査日において②又は①に該当する、無症状で検査を希望する方 ② 65歳以上の高齢者で心配な要素（※1）がある方 ① 65歳未満で基礎疾患のある方で心配な要素（※1）がある方 基礎疾患とは…慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患、悪性腫瘍、膠原病など ●発熱や風邪のような症状などがある場合は、医療機関にご相談ください。
受付期限	令和3年1月13日（水）から令和3年3月22日（月）消印有効
助成回数	1人2回まで
自己負担	1回あたり 5,000円（1回あたり25,000円相当の検査です）
申込方法	①筑西市新型コロナウイルス感染症高齢者等任意検査費助成金交付申請書（検査申込書）に必要事項をご記入のうえ、切り取って郵送で申し込んでください。（切手不要） ②市から助成券を送付します。申込の希望にそえない場合は調整のため、電話連絡をします。
検査期間	令和3年1月20日（水）から3月31日（水）まで
検査の種類	PCR法検査、LAMP法検査、抗原定量検査



（※1）心配な要素とは

- 3密を避けられない状況にあった方
- 濃厚接触の可能性を否定できない方

注意事項	<ul style="list-style-type: none">◆ 医療機関に直接申し込むことはできません。◆ 投函してから検査を受けるまで10日程度かかります。すぐに受けられるものではないのでご注意ください。◆ 検査当日は携帯電話が必要となります。携帯電話をお持ちでない場合は、必ずお持ちの方とおいでください。◆ 指定された検査場所へは車でおいでください。運転ができない方は家族等の車でおいでください。◆ 検査を希望する方は検査結果が出るまで外出の自粛をお願いします。
------	---

お問い合わせ先

筑西市 保健福祉部 高齢福祉課
☎ 0296-22-0526

検査を受けるまでの流れ

1 検査申込 申請書記入 ▶ 投函

- 申請書に必要事項を記入します。
- 基礎疾患のある方は、おくすり手帳など基礎疾患の療養状況がわかる書類のコピーを同封してください。
- 申請書を切り取り、記入した面を内側にし、のりづけしてから投函してください(切手不要)。

申請書記入例

筑西市新型コロナウイルス感染症高齢者等任意検査費助成金交付申請書(検査申込書)

筑西市長 様 令和 3 年 2 月 5 日

標記について、下記のとおり申請します。
また、この申請に係る個人情報について調査及び検査実施機関等に照会することに同意します。

1. 申請者(新型コロナウイルス検査の受検者)

フリガナ	チクセイ タロウ	男
氏名	筑西 太郎	女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 XX年 XX月 XX日生	
住所	〒30X-XXXX 筑西市 丙 360	
電話番号	XX-XXXX	
当日連絡のつく携帯番号	(0X0-1234-5678)	

必ずご記入ください

2. 助成の申請には以下の①、②両方の要件を満たす必要があります。該当する箇所にチェック又は○をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> ① 65歳以上の高齢者
<input type="checkbox"/> ② 65歳未満で基礎疾患のある方 基礎疾患のある方はあてはまるものに○をつけてください。
① ・慢性閉塞性肺疾患 ・慢性腎臓病 ・糖尿病 ・高血圧 ・心血管疾患 ・悪性腫瘍 ・膠原病 ・その他()
*基礎疾患を確認できる書類のコピーを同封してください。
<input type="checkbox"/> 3密が避けられない状況にあった方で心配な方
② <input checked="" type="checkbox"/> 濃厚接触の可能性を否定できない方で心配な方 具体的理由をご記入ください。 {クラスターの発生場所へ同じ日に行ってしまった}

3. 検査申込等

《希望する検査日》

第1希望	2月16日
第2希望	2月18日

《希望する医療機関》

〇〇病院

申込日から10日以上空けた日をご記入ください

基礎疾患を確認できる書類とは…

- ◆ おくすり手帳のコピー
- ◆ 薬の説明書(氏名の記載があるもの)
- ◆ その他氏名及び病名が記載されている書類

いずれか1通(コピー可)

2 助成券の郵送

- 市から、検査する医療機関と日時を指定した助成券及び検査の注意事項が送付されます。

3 検査

当日持参する物

- 助成券 ● 5,000円 ● マスク ● 携帯電話

- 自己負担金 5,000円はおつりのないように持参し、医療機関で支払ってください。
- 検査場所の駐車場に到着したら、医療機関に電話し、指示に従ってください。

4 検査結果について

検査の結果は、電話や郵送などにより医療機関から通知されます。

※検査結果が陰性でも、その後感染しないということではありませんので、引き続き十分な感染予防対策をお願いします。

筑西市新型コロナウイルス感染症高齢者等
任意検査費助成金交付申請書 (検査申込書)

筑西市長 様 令和 年 月 日

標記について、下記のとおり申請します。
また、この申請に係る個人情報について調査及び
検査実施機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 (新型コロナウイルス検査の受検者)

フリガナ				男 ・ 女
氏 名				
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生
住 所	〒 筑西市			
電話番号				
当日連絡の つく携帯番号				

のりしろ

2. 助成の申請には以下の①、②両方の要件を満
たす必要があります。該当する箇所にチェック
又は○をつけてください。

<input type="checkbox"/> ⑦ 65歳以上の高齢者
<input type="checkbox"/> ① 65歳未満で基礎疾患のある方 基礎疾患のある方はあてはまるものに○をつけて ください。
①
<ul style="list-style-type: none"> ・慢性閉塞性肺疾患 ・糖尿病 ・心血管疾患 ・膠原病 ・慢性腎臓病 ・高血圧 ・悪性腫瘍 ・その他 ()
* 基礎疾患を確認できる書類のコピーを同封して ください。
<input type="checkbox"/> ③ 密が避けられない状況にあった方で心配な方
<input type="checkbox"/> ② 濃厚接触の可能性を否定できない方で心配な方 具体的な理由をご記入ください。

3. 検査申込等
《希望する検査日》

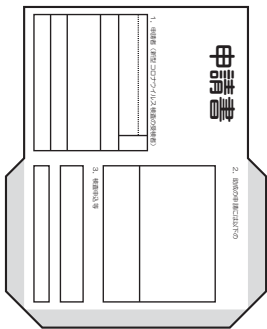
第1希望	月	日
第2希望	月	日
《希望する医療機関》		
のりしろ		

検査協力医療機関

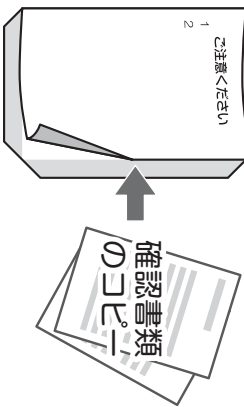
1	大園クリニック (丙153-4) 検査曜日：月 火 水 金 土
2	ごとうクリニック (岡芹2162) 検査曜日：月 火 木 金
3	さとうクリニック (丙92-2) 検査曜日：月 火 木 金 土
4	下館胃腸科医院 (二本成1519) 検査曜日：月 火 水 金 土
5	瀬端耳鼻咽喉科医院 (丙219) 検査曜日：火 水 木 金
6	直江医院 (丙147) 検査曜日：月 火 木 金
7	宮田医院 (丙59) 検査曜日：月 火 水 木 金 土
8	河上医院 (舟生1059-3) 検査曜日：火 水
9	山口医院 (木戸1285-4) 検査曜日：月 火 水 木 金
10	落合医院 (小栗5616-1) 検査曜日：月 火 水 金 土
11	協和中央病院 (門井1676-1) 検査曜日：月 火 木 金

検査は、医療機関で指定した時間に
行います。
詳細は、後日送付される助成券で
ご確認ください。

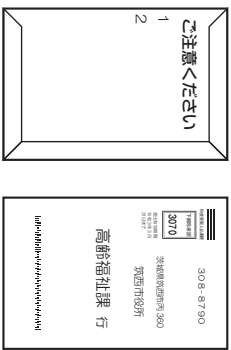
①-----線に沿って切り取ります。



②記入した面を内側に、――線で折ります。
基礎疾患のある方は基礎疾患を確認できる書類のコピーを中に入れます。



③のりしろに糊 (のり) をつけて封をします。



④そのまま投函してください。
切手は不要です。

料金受取人払郵便

下館局承認

3070

差出有効期間
令和3年3月
31日まで

308-8790

茨城県筑西市丙 360
筑西市役所

保健福祉部高齡福祉課 行

ご注意ください

1. 検査当日の時点で筑西市に住所の無い方は助成の対象になりません。
2. 症状や行動履歴などから、行政検査の対象となる方は、本助成は利用できません。
3. 検査医療機関によって検査曜日が決まっていますので、一覧表で確認して申し込んでください。
4. 検査当日は携帯電話でやり取りをします。
5. 結果が陽性だった場合は医療機関や保健所の指示に従ってください。
6. 65歳未満で基礎疾患のある方は、基礎疾患を確認できる書類いづれか1通を同封してください。(コピー可)
 - おくすり手帳のコピー
 - 薬の説明書 (氏名の記載があるもの)
 - その他氏名及び病名が記載されている書類

筑西市新型コロナウイルス感染症高齢者等
任意検査費助成金交付申請書 (検査申込書)

筑西市長 様 令和 年 月 日

標記について、下記のとおり申請します。
また、この申請に係る個人情報について調査及び
検査実施機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 (新型コロナウイルス検査の受検者)

フリガナ	男 . 女		
氏 名			
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	日生
住 所	〒 筑西市		
電話番号			
当日連絡の つく携帯番号			

のりしろ

2. 助成の申請には以下の①、②両方の要件を満たす必要があります。該当する箇所にチェック又は○をつけてください。

<input type="checkbox"/> ⑦ 65歳以上の高齢者
<input type="checkbox"/> ① 65歳未満で基礎疾患のある方 基礎疾患のある方はあてはまるものに○をつけてください。
①
<ul style="list-style-type: none"> ・慢性閉塞性肺疾患 ・糖尿病 ・心血管疾患 ・膠原病 ・慢性腎臓病 ・高血圧 ・悪性腫瘍 ・その他 ()
* 基礎疾患を確認できる書類のコピーを同封してください。
<input type="checkbox"/> ③ 密が避けられない状況にあった方で心配な方
<input type="checkbox"/> ② 濃厚接触の可能性を否定できない方で心配な方 具体的な理由をご記入ください。
②

3. 検査申込等
《希望する検査日》

第1希望	月 日
第2希望	月 日
《希望する医療機関》	

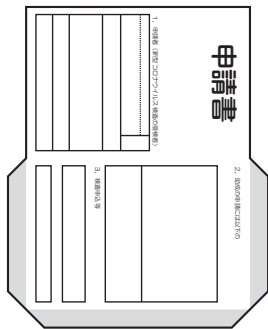
のりしろ

検査協力医療機関

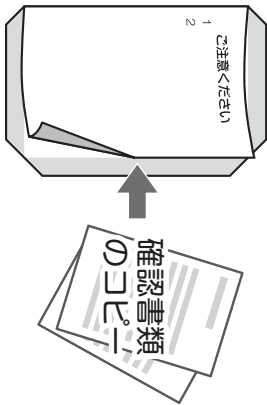
1	大園クリニック (丙153-4) 検査曜日：月 火 水 金 土
2	ごとうクリニック (岡芹2162) 検査曜日：月 火 木 金
3	さとうクリニック (丙92-2) 検査曜日：月 火 木 金 土
4	下館胃腸科医院 (二本成1519) 検査曜日：月 火 水 金 土
5	瀬端耳鼻咽喉科医院 (丙219) 検査曜日：火 水 木 金
6	直江医院 (丙147) 検査曜日：月 火 木 金
7	宮田医院 (丙59) 検査曜日：月 火 水 木 金 土
8	河上医院 (舟生1059-3) 検査曜日：火 水
9	山口医院 (木戸1285-4) 検査曜日：月 火 水 木 金
10	落合医院 (小栗5616-1) 検査曜日：月 火 水 金 土
11	協和中央病院 (門井1676-1) 検査曜日：月 火 木 金

検査は、医療機関で指定した時間に行います。
詳細は、後日送付される助成券でご確認ください。

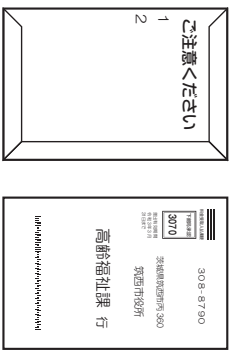
①-----線に沿って切り取ります。



②記入した面を内側に、――線で折ります。
基礎疾患のある方は基礎疾患を確認できる書類のコピーを中に入れます。



③のりしろに糊 (のり) をつけて封をします。



④そのまま投函してください。
切手は不要です。

料金受取人払郵便

下館局承認

3070

差出有効期間
令和3年3月
31日まで

保健福祉部高齡福祉課 行

茨城県筑西市丙 360
筑西市役所

308-8790

ご注意ください

1. 検査当日の時点で筑西市に住所の無い方は助成の対象になりません。
2. 症状や行動履歴などから、行政検査の対象となる方は、本助成は利用できません。
3. 検査医療機関によって検査曜日が決まっていますので、一覧表で確認して申し込んでください。
4. 検査当日は携帯電話でやり取りをします。
5. 結果が陽性だった場合は医療機関や保健所の指示に従ってください。
6. 65歳未満で基礎疾患のある方は、基礎疾患を確認できる書類いづれか1通を同封してください。(コピー可)
 - おくすり手帳のコピー
 - 薬の説明書 (氏名の記載があるもの)
 - その他氏名及び病名が記載されている書類

筑西市新型コロナウイルス感染症高齢者等
任意検査費助成金交付申請書 (検査申込書)

筑西市長 様 令和 年 月 日

標記について、下記のとおり申請します。
また、この申請に係る個人情報について調査及び
検査実施機関等に照会することに同意します。

1. 申請者 (新型コロナウイルス検査の受検者)

フリガナ	男 . 女		
氏 名			
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	日生
住 所	〒 筑西市		
電話番号			
当日連絡の つく携帯番号			

のりしろ

2. 助成の申請には以下の①、②両方の要件を満たす必要があります。該当する箇所にチェック又は○をつけてください。

<input type="checkbox"/> ⑦ 65歳以上の高齢者
<input type="checkbox"/> ① 65歳未満で基礎疾患のある方 基礎疾患のある方はあてはまるものに○をつけてください。
①
<ul style="list-style-type: none"> ・慢性閉塞性肺疾患 ・糖尿病 ・心血管疾患 ・膠原病 ・慢性腎臓病 ・高血圧 ・悪性腫瘍 ・その他 ()
* 基礎疾患を確認できる書類のコピーを同封してください。
<input type="checkbox"/> ③ 密が避けられない状況にあった方で心配な方
<input type="checkbox"/> ② 濃厚接触の可能性を否定できない方で心配な方 具体的な理由をご記入ください。

3. 検査申込等
《希望する検査日》

第1希望	月 日
第2希望	月 日
《希望する医療機関》	

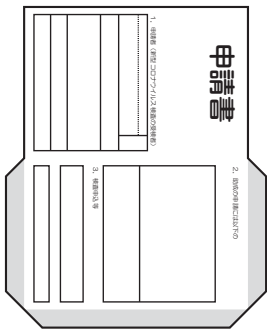
のりしろ

検査協力医療機関

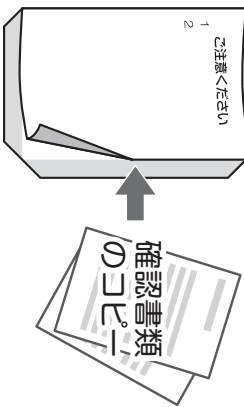
1	大園クリニック (丙153-4) 検査曜日：月 火 水 金 土
2	ごとうクリニック (岡芹2162) 検査曜日：月 火 木 金
3	さとうクリニック (丙92-2) 検査曜日：月 火 木 金 土
4	下館胃腸科医院 (二本成1519) 検査曜日：月 火 水 金 土
5	瀬端耳鼻咽喉科医院 (丙219) 検査曜日：火 水 木 金
6	直江医院 (丙147) 検査曜日：月 火 木 金
7	宮田医院 (丙59) 検査曜日：月 火 水 木 金 土
8	河上医院 (舟生1059-3) 検査曜日：火 水
9	山口医院 (木戸1285-4) 検査曜日：月 火 水 木 金
10	落合医院 (小栗5616-1) 検査曜日：月 火 水 金 土
11	協和中央病院 (門井1676-1) 検査曜日：月 火 木 金

検査は、医療機関で指定した時間に行います。
詳細は、後日送付される助成券でご確認ください。

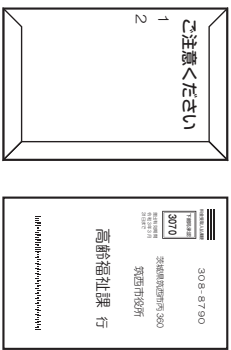
①-----線に沿って切り取ります。



②記入した面を内側に、――線で折ります。
基礎疾患のある方は基礎疾患を確認できる書類のコピーを中に入れます。



③のりしろに糊（のり）をつけて封をします。



④そのまま投函してください。
切手は不要です。

料金受取人払郵便

下館局承認

3070

差出有効期間
令和3年3月
31日まで

308-8790

茨城県筑西市丙 360
筑西市役所

保健福祉部高齢福祉課 行

ご注意ください

1. 検査当日の時点で筑西市に住所の無い方は助成の対象になりません。
2. 症状や行動履歴などから、行政検査の対象となる方は、本助成は利用できません。
3. 検査医療機関によって検査曜日が決まっていますので、一覧表で確認して申し込んでください。
4. 検査当日は携帯電話でやり取りをします。
5. 結果が陽性だった場合は医療機関や保健所の指示に従ってください。
6. 65歳未満で基礎疾患のある方は、基礎疾患を確認できる書類いづれか1通を同封してください。（コピー可）
 - おくすり手帳のコピー
 - 薬の説明書（氏名の記載があるもの）
 - その他氏名及び病名が記載されている書類

