


新型コロナウイルス感染症に関する 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がある方 ① 65歳未満で基礎疾患のある方（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）で心配な要素がある方 ●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4月1日（木）から令和4年3月22日（火）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	検査をする前に申請が必要です。 ①新型コロナウイルス検査助成申請書に必要事項をご記入のうえ、切り取って郵送（切手不要）で申し込んでください。 ②市から検査する医療機関と日時を指定した助成券を送付します。
検査の流れ	
検査期間	令和4年3月31日（木）まで

注意事項

- ◆ 医療機関に直接申し込むことはできません。
- ◆ 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。
- ◆ 感染症の検査のため、検査医療機関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。

お問い合わせ先

筑西市 保健福祉部 高齢福祉課
☎ 0296-22-0526

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 4 月 10 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 XX年 XX月 XX日生 平成 令和	
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	

谷折

2. ⑦、⑧の該当するものにチェックをつけてください。65歳未満の方はあてはまる基礎疾患に○をつけてください。

<input checked="" type="checkbox"/> ⑦ 65歳以上である
<input type="checkbox"/> ⑧ 65歳未満で基礎疾患がある
<ul style="list-style-type: none"> 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 ()
*65歳未満の方のみ、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。

3. 該当するものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 3密が避けられない状況にあったで心配な方
<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 具体的な理由をご記入ください。 「クラスタの発生場所へ同じ日に行ってしまった」

4. 検査申込等(必ずご記入ください)

希望する検査日 (申込日から10日以上あける)	第1希望 4 月 22 日 第2希望 4 月 27 日
希望する医療機関	〇〇病院

必ずご記入ください

65歳未満で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。

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)

よくある質問

Q 心配な要素って何ですか？

A 3密を避けられない状況(冠婚葬祭など人混みに行くことがあった)や、濃厚接触の可能性を否定できない(クラスタが発生した場所に行ってしまった)などです。

Q 検査に何を持っていけばいいですか？

A 検査当日は、
助成券・5,000円・マスク・携帯電話 をご持参ください。

Q 検査に徒歩や自転車で行ってもいいですか？

A 新型コロナウイルス感染の有無を調べる検査のため、車に乗ったままで検査を行いますので、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。



筑西市マスコットキャラクター
ちっくん

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	

のりをつける

2. ア、①の該当するものにチェックをつけてください。65歳未満の方はあてはまる基礎疾患に○をつけてください。

<input type="checkbox"/> ⑦65歳以上である
<input type="checkbox"/> ①65歳未満で基礎疾患がある
・慢性閉塞性肺疾患
・慢性腎臓病
・糖尿病
・心血管疾患
・高血圧
・悪性腫瘍
・膠原病
・その他 ()

***65歳未満の方のみ、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。**

3. 該当するものにチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> 3密が避けられない状況にあったで心配な方
<input 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。

4. 検査申込等 (必ずご記入ください)

希望する検査日	第1希望	月	日
(申込日から 10日以上あける)	第2希望	月	日
希望する医療機関			

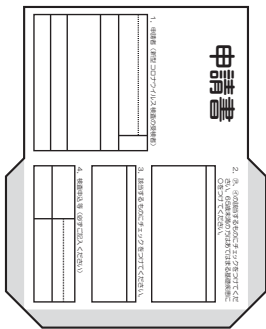
のりをつける

検査協力医療機関

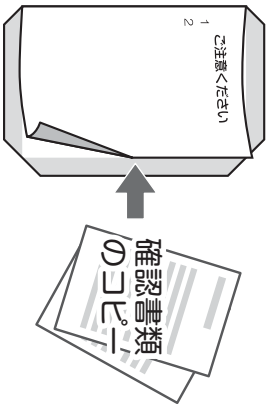
1	大田医院 (西方1684-1) 検査曜日：月火水木金土
2	大圃クリニック (丙153-4) 検査曜日：月火水金土
3	ことうクリニック (岡芹2162) 検査曜日：月火木金
4	さとうクリニック (丙92-2) 検査曜日：月火木金
5	下館胃腸科医院 (二木成1519) 検査曜日：月火水金土
6	瀬端耳鼻咽喉科医院 (丙219) 検査曜日：火水木金
7	直江医院 (丙147) 検査曜日：月火木金
8	のぞ小児科 (玉戸1270-1075) 検査曜日：月火水木金土
9	宮田医院 (丙59) 検査曜日：月火水木金土
10	河上医院 (舟生1059-3) 検査曜日：火水
11	山口医院 (木戸1285-4) 検査曜日：月火水木金
12	かくらいクリニック (松原228) 検査曜日：月火水木金土
13	落合医院 (小栗5616-1) 検査曜日：月火水金土
14	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。

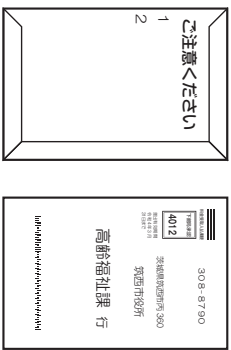
①-----線に沿って切り取ります。



②記入した面を内側に、――線で折ります。
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

308-8790

下館局承認

4012

差出有効期間
令和4年3月
31日まで

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

