

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。