令和3年度補正予算

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金「検査促進枠」の創設について 【予算額：3,200億円】

- 感染対策と日常生活の両立を図る手段として、「ワクチン・検査パッケージ」等の利用を促し、検査の受検を浸透させるため、健康上の理由等によりワクチン接種が出来ない者の検査を無料化。
- 感染拡大の傾向が見られる場合には、都道府県知事の判断により、自己の意思に基づく未接種者、ワクチン接種者を含め、幅広く感染不安などの理由による検査を無料化。

ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業

（検査対象・方法）

○健康上の理由等でワクチン接種を受けられない者が、「ワクチン・検査パッケージ制度」及び民間にて自主的に行うワクチン・検査のため必要となる検査を無料化

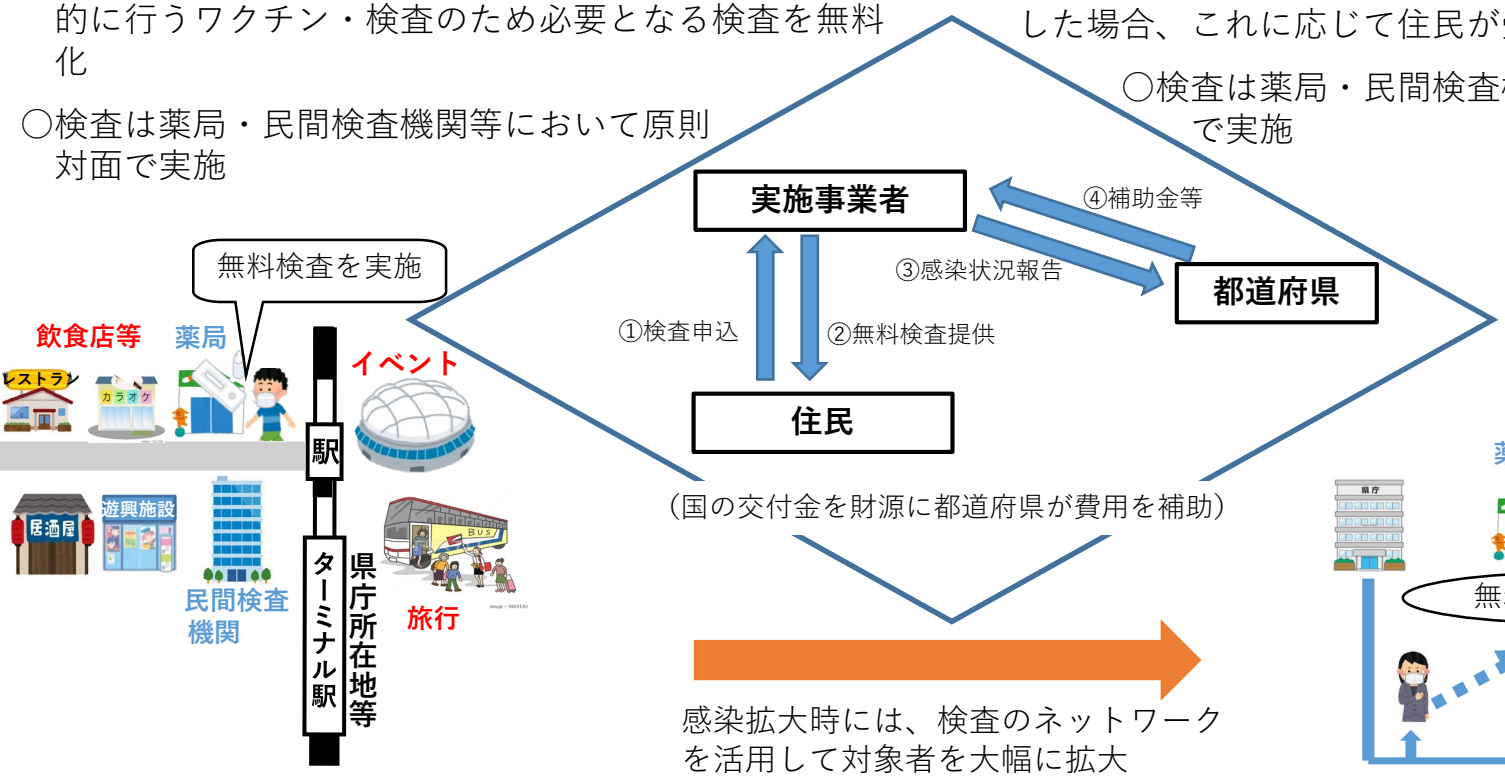
○検査は薬局・民間検査機関等において原則対面で実施

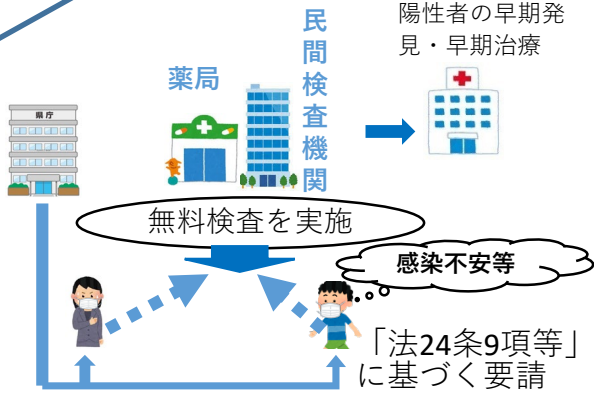
感染拡大傾向時の一般検査事業

（検査対象・方法）

○左記に加え、都道府県知事が、特措法24条９項等に基づき「不安に感じる無症状者は、検査を受ける」ことを要請した場合、これに応じて住民が受検する検査を無料化

○検査は薬局・民間検査機関等において原則対面で実施





ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業については**令和３年度内**に限り支援。

「新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における検査促進枠交付金に係る実施要領」

（令和３年12月20日発出事務連絡）（抜粋）

（検査の受付）

第４条　実施事業者は、検査受検を希望する者（発熱等の症状がない者に限る。）が別添３を参考として都道府県が定める様式の申込書を提出した場合に、次に掲げる事項（第三号に掲げる事項については、第二号に掲げる事項について検査申込者がいずれかの事業として補助等の対象になる旨を明示した場合に限り、第四号に掲げる事項については、第三号に掲げる事項について当該検査申込者の申告した回数が１月につき３回程度となる回数を上回る場合に限る。）を当該検査申込者に遵守させた上、当該検査申込者に検査を受検させることができる。この場合において、原則として検査申込者からの予約は不要とする。

（略）

２　前項の申込書を提出された第一号事業又は第三号事業を実施する実施事業者は、次に掲げる事項（第三号事業を実施する場合は、第四号を除く。）について検査申込者に説明しなければならない。

一　仮に検査結果が陽性であった場合、検査申込者は医療機関又は受診・相談センターに連絡し、速やかに受診しなければならないこと。また、その場合、移動については、周囲に感染させないようマスクを着用し、公共交通機関を避けるようにすること

別添３

No.＿＿＿＿

申込書（例）

1　本人確認

氏名：

住所：

性別：　　生年月日：

連絡先：(電話番号)

（E メールアドレス）

2　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

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いすることがあります。

＿＿＿＿＿回

3　検査目的（✓を記入ください）

本日の検査の目的について、下記より１つ選択

1. □イベント・飲食・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・検査パッケージ等）(2.に該当する場合を除く)
2. □都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
3. □その他

4　ワクチンの接種の有無（✓を記入ください）

３で「1.」を選んだ場合、ワクチンを２回接種済みか

□はい

□いいえ

5　４で「いいえ」を選んだ場合、その理由（✓を記入ください）

1. □ 12 歳未満である
2. □ 健康上の理由
3. □ その他（自己の意思等）

（確認事項）

□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（✓を記入ください）

□上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて同意します。また、都道府県が必要と認め、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（✓を記入ください）

※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、都道府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します

担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業における区分		
	VTP 等分 （５で「1.」または「2.」を選んだ場合）	一般分 （３で「2.」を選んだ場合）	対象外 （左記のいずれにも該当しない場合）
（その他：回数疎明を求めた際等に記入）			

別添４

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

陽性の方は、入場・入店等できません。速やかに医療機関を受診してください。

☐ 受検者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（フリガナ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

☐ 検体採取日※1　2021 年　　月　　日

☐ 検査結果　陰性　・　陽性　・　判定不能※2

☐ 有効期限※3　2021 年　　月　　日

☐ 検査方法　PCR 検査等　・　抗原定量検査　・　抗原定性検査

☐ 検体　唾液　・　鼻腔ぬぐい液　・　鼻咽頭ぬぐい液

☐ 使用した検査試薬又は検査キット名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※１　検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。
※２　判定不能は陰性として取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、適宜検査の申込みをした事業者等とご相談ください。
※３　有効期限：PCR 検査等は採取日＋３日、抗原定性検査は検査日＋１日

☐ 事業所名（又は検査所名）※4　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 検査管理者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※４　PCR 検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

☐＿＿＿＿医療機関を受診してください。
☐＿＿＿＿受診・相談センターに電話し受診先について相談してください
電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（紙で発行する場合の記載例）

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
- 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

陽性の方は、入場・入店等できません。速やかに医療機関を受診してください。

☐ 受検者氏名　○○　○○＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（フリガナ＿○○　○○＿＿＿＿）

☐ 検体採取日※1　2021 年○月○日

☐ 検査結果　陰性　・　陽性　・　判定不能※2

☐ 有効期限※3　2021 年○月○日

☐ 検査方法　PCR 検査等　・　抗原定量検査　・　抗原定性検査

☐ 検体　唾液　・　鼻腔ぬぐい液　・　鼻咽頭ぬぐい液

☐ 使用した検査試薬又は検査キット名　○○　○○＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※１　検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。
※２　判定不能は陰性として取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、適宜検査の申込みをした事業者等とご相談ください。
※３　有効期限：PCR 検査等は採取日＋３日、抗原定性検査は検査日＋１日

☐ 事業所名（又は検査所名）※4　○○　○○＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 検査管理者氏名　○○　○○＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※４　PCR 検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

☐＿＿＿　医療機関を受診してください。

☑○○　受診・相談センターに電話し受診先について相談してください

電話番号　03－××××－××××