第１号様式

（第５条関係）

　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

受診者住所　南さつま市

受診者氏名

南さつま市長　　　　　　　　印

南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査受診券

新型コロナウイルス感染症のまん延防止を図ることを目的に、次のとおり検査に要する費用の一部を助成します。ただし、行政検査その他の公費負担の適用を受けるＰＣＲ検査については、対象外です。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査予定 | 　検査日　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）　医療機関名　　 |
| 有効期限 | 令和　　　年　　　月　　　日まで |
| 助 成 額 | 　検査に要する費用に0.8を乗じた額（上限20,000円）　 |
| 自己負担額 | 検査に要する費用から助成額を差し引いた額 |
| 注意事項 | ●裏面同意書の確認欄のチェック及び署名をしてください。 |
| ●南さつま市から転出した場合は、この受診券は使用できません。 |
| ●土・日・祝日は受診券利用での検査ができない場合があります。 |
| ●不明な点は下記へお問い合わせください。 |
| （問合せ先）　南さつま市役所　保健課地域健康係 |
| 電話　76-1524(直通)・53-2111（代表） |

―――――――――――――――　以下医療機関記入欄　――――――――――――――

検体採取日　令和　　　年　　　月　　　日

□ 慢性閉塞性肺疾患

□ 慢性腎臓病

□ 糖尿病

□ 高血圧

□ 心血管疾患

□ その他

（　　　　　　　　　）

検査判定日　令和　　　年　　　月　　　日

基礎疾患　　　　な　し　　・　　あ　り　　➡

医療機関名

医師名

同　意　書

南さつま市から新型コロナウイルス感染症のＰＣＲ検査費用の助成を受けるに当たり、下記の内容について同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| □ | 濃厚接触者の検査が優先されることから、検査件数が多い場合には、結果判明まで数日かかることを理解しました。 |
|
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陽性であった場合、加世田保健所の指示に従います。 |
|
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陰性であった場合でも、当該検査結果が感染していないことの証明ではないことを理解しました。 |
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陰性であった場合でも、引き続きマスクの着用、毎日の健康チェック等、新しい生活様式の実践に努めます。 |
|
| □ | 今回のＰＣＲ検査結果が陽性、陰性にかかわらず、検査に要する費用のうち自己負担額を支払います。 |
|

令和　　年　　月　　日

南さつま市長　　　　　様

（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　(自署できない場合)

受診者氏名　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　続柄　（　　　　　　）

（受診者が18歳未満の場合は、以下に保護者が署名すること。）

保護者氏名