

魚津市告示第149号

無症状者の新型コロナウイルスPCR検査費用助成事業実施要綱を次のように定める。

令和2年12月24日

魚津市長 村椿 晃

無症状者の新型コロナウイルスPCR検査費用助成事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症（以下「感染症」という。）に感染した際の重症化リスクが高い高齢者及び基礎疾患を有する者のうち無症状者であるものであって、本人の希望により新型コロナウイルスPCR検査（以下「検査」という。）を受けようとするものに対し、検査費用の一部を助成することにより、感染症拡大及び重症化を防止し、感染症への不安を解消することを目的とする。

(助成対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、魚津市に住所を有する者で、検査時に次のいずれかに該当するものとする。

(1) 65歳以上の者

(2) 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有するもの及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有するもの

(助成の額)

第3条 助成の額は、検査に要する費用から5,000円を差し引いた額とし、上限を20,000円とする。

(検査費用助成の申請)

第4条 市内の新型コロナウイルスPCR検査実施医療機関（以下「指定医療機関」という。）で検査を受けようとする者は、無症状者の新型コロナウイルスPCR検査助成券交付申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

(助成券の交付)

第5条 市長は、前条の規定により申請書の提出があったときは、その内容

を審査し、第2条に掲げる要件を満たす者として適当と認めたときは、申請者に対し無症状者の新型コロナウイルスPCR検査助成券（様式第2号。以下「助成券」という。）を交付するものとする。

2 助成券の交付を受けた者は、指定医療機関に助成券を提出することにより助成を受けるものとする。

3 助成券の有効期間は、助成券の交付を受けた日からその日の属する年度の3月31日までとする。

（償還払いの申請等）

第6条 前2条の規定にかかわらず、市長は、助成対象者が指定医療機関以外の医療機関において検査を受けた場合は、助成対象者が支払った検査費用に対して償還払いにより助成を行うことができる。

2 前項の規定により助成を受けようとする者は、無症状者の新型コロナウイルスPCR検査費用助成金交付申請書兼請求書（様式第3号）に、検査費用に係る領収書の写しを添付して市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の申請を受理したときは、その内容を審査し、助成の適否及び助成金の額を決定の上、無症状者の新型コロナウイルスPCR検査費用助成金交付（不交付）決定通知書（様式第4号）により、申請者に通知するものとする。

4 第2項の規定による助成金の交付申請の期限は、検査を受けた日から1月以内とする。

（助成金の返還）

第7条 市長は、虚偽その他の不正な手段により助成券を使用し、又は助成金の交付を受けた者があるときは、市が支出した検査費用又は助成金の全部若しくは一部の返還を命ずることができる。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この告示は、令和3年1月4日から施行する。

（この告示の失効）

2 この告示は、令和4年3月31日限り、その効力を失う。

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

無症状者の新型コロナウイルス P C R 検査助成券交付申請書

魚津市長あて

申請者住所 魚津市

氏名

（生年月日 T・S 年 月 日）

（連絡先 ）

私は別紙「無症状者の新型コロナウイルス P C R 検査注意事項」を確認の上、検査を希望しますので、助成券を発行されますよう申請します。

様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

無症状者の新型コロナウイルス P C R 検査助成券

市内指定医療機関 様

魚津市長 村椿 晃

下記の者について、新型コロナウイルス P C R 検査費用助成対象者であることを確認したため、委託契約に基づく P C R 検査の実施をお願いします。

記

住 所	魚津市
氏 名	
生年月日	大正 昭和 年 月 日

新型コロナウイルス P C R 検査助成券の取り扱いについて

1. 指定医療機関で新型コロナウイルス P C R 検査を受ける魚津市民に発行します。指定医療機関以外では使用できません。
2. この助成券を提出すると、新型コロナウイルス P C R 検査の検査費用の一部を市が助成します。
3. 新型コロナウイルス感染が疑われる症状のある方は利用できません。
4. この助成券は、他人に譲渡することはできません。
5. この助成券は、検査日に指定医療機関へ提出してください。
6. この助成券の有効期間は発行日の属する年度の 3 月 31 日までです。
7. この助成券は、1 人 1 枚限り使用できます。

様式第 3 号（第 6 条関係）

無症状者の新型コロナウイルス P C R 検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

（申請者） ㊦

住所

氏名

電話番号

魚津市新型コロナウイルス P C R 検査費用助成金の交付を受けたいので、
次のとおり申請します。

助 成 対 象 者	フリガナ		性別	生年月日 (検査時における年齢)	
	氏名		男・女	年 月 日 (歳)	
	住所	㊦ 魚津市 電話番号 () —			
検査を受けた日		年 月 日			
検査にかかった費用 ①		円			
助成申請額 (① - 5,000 円)		円 (上限 20,000 円)			
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所	預金種別	普通・当座
	フリガナ 口座名義人			口座番号	
添付書類		検査費用の領収書の写し (検査した内容及び金額が分かる書類)			

※この申請は、検査を受けた日から 1 月以内に行ってください。

様式第 4 号（第 6 条関係）
魚津市指令 第 号

氏名

無症状者の新型コロナウイルス P C R 検査費用助成金交付(不交付)決定通知書

年 月 日付けで申請のあった魚津市新型コロナウイルス P C R 検査費用助成金について下記のとおり決定(却下)しましたので、魚津市新型コロナウイルス P C R 検査費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により通知します。

年 月 日

魚津市長

1. 決定した内容

対象者	住 所	魚津市		
	氏 名	フリガナ	生年月日	年 月 日
交付決定額		円		

2. 却下の理由