様式第1号（別紙）

受検者一覧

申請要件

**１．感染者発生施設**（該当する方に○をつけて、必要事項をご記入ください。）

　ア　当該対象施設で感染者が発生した場合

　イ　同一建物内の併設事業所で感染者が発生した場合

　　　（感染者発生事業所名　：　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　（サービス種別　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　）

**２．感染者と対象者について**（必要事項をご記入ください。）

＜感染者＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 発生日 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |

＜職　員＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 基礎疾患の有無 | 検査方法 |
|  | 　　年　　月　　日 | 有　・　無 | PCR・定量・定性 |
|  | 　　年　　月　　日 | 有　・　無 | PCR・定量・定性 |
|  | 　　年　　月　　日 | 有　・　無 | PCR・定量・定性 |

　※抗原定性検査の補助対象者は、**無症状の濃厚接触者が待機期間を待たずに職場復帰する際に薬事承認を受けた抗原定性検査キットにより検査したものが対象**となります。

＜利用者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 生 年 月 日 | 基礎疾患の有無 | 検査方法 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 | 有　・　無 | PCR・定量 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 | 有　・　無 | PCR・定量 |
| (受給者証番号：　　　　　　　　　　) | 　　年　　月　　日 | 有　・　無 | PCR・定量 |

＊基礎疾患とは、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患を指します。

「基礎疾患の有無」は年齢が65歳未満の場合のみ、ご記入ください。

＊必要に応じて行や別紙を追加、添付してください。

＊感染者が利用者の場合には、受給者証番号（または被保険者番号）を記入してください。

＊複数の感染者が発生した場合、感染者は代表で１名分を記入してください。