

尼崎市長 様

補助金交付事前申請書兼同意書

尼崎市障害者支援施設及び介護保険施設等新規入所者 PCR 検査事業補助金交付要綱第6条に基づく事前申請書兼同意書を提出します。

検査受検者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 生
	住所	〒 (連絡先)
入所予定施設	施設名	
	所在地	〒 (連絡先)
	施設区分 右のうちいずれかの区分に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（地域密着型サービス含む） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅のうち、特定施設入居者生活介護の指定を受けている施設（地域密着型サービス含む） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム
入所予定日	年 月 日 予定	

同意書

私は、新型コロナウイルス PCR 検査について、次に掲げる点について同意したうえで、自らの判断で医療機関等での PCR 検査を受検することを希望します。

- 1 尼崎市は検査結果について、入所予定施設や尼崎市等関係機関で共有するとともに、匿名化された情報を尼崎市の保健行政に利用します。
- 2 私は、万が一、陽性が確定した場合に以下のことが発生しても異議申し立ては行いません。
 - (1) 入院が必要となった場合に、入院費が別途かかること。
 - (2) 入所予定施設への入所日が当初よりも遅くなること。

令和 年 月 日

(本人署名) 氏名 _____

ご本人が署名できない場合は、次の項目もご記入ください

(代理人署名) 氏名 _____ 本人と代理人の関係 _____

住所 _____ 連絡先 _____

(尼崎市記入欄)

令和 年 月 日

上記のとおり、申請を受理します。

入所確認

課長	課長補佐・係長	係