

※ 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は、令和３年度補正予算案に基づくものであり、今後国会において審議されます。現時点では政府案を前提とした準備行為であり、今後変更があり得ることにご留意ください。

事務連絡（案）

令和３年１２月１３日

各都道府県
財政担当課
市町村担当課
地方創生担当課
新型コロナウイルス感染症対策担当課

御中

内閣府地方創生推進室
内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室

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」の取扱（案）について
（定着促進事業の適正執行のための市町村との連携について）

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（以下「臨時交付金」という。）の検査促進枠における取扱につき、下記のとおりお知らせします。各都道府県におかれましては、関係部局間で十分連携の上、本事務連絡の記載事項に留意して運用に向けて準備を進めて頂きますようお願いいたします。

また、貴管内市町村へもこの旨周知されますようよろしくお願いします。

なお、本検査促進枠は、令和３年度補正予算案に基づくものであるため、成立した予算の内容に応じて、事業内容等が変更になることがありますので、あらかじめご了承ください。

記

○. 定着促進事業の適正執行のための市町村との連携について

令和３年１１月２６日付事務連絡（案）「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」の創設方針について」２（１）にある「ワクチン・検査パッケージ等定着促進事業」については、健康上の理由等によりワクチン接種を受けられない者を対象に令和３年度中に行う検査を無料としているところです。

同事務連絡（案）において示された、実施要領（案）第４条第１項に基づく申込書（例）（以下「申込書（例）」という。）において、都道府県が必要と認める場合は、ワクチン接種の有無について市町村に照会を行うことが想定されています。

この点につき、各都道府県においては、補助金等の適正執行を確保するため、例えば貴管内市町村においてワクチン接種記録システム（VRS）の記録を確認するなど協力を依頼することを通じ、必要に応じて、貴管内市町村と連携して適切に対応いただくようお願いいたします。

また、ワクチン接種記録システム（VRS）の記録を貴管内市町村に確認する場合には、以下の点を踏まえていただくようお願いします。

- ・各市町村が保有する個人情報の都道府県への提供については、各市町村がそれぞれの個人情報保護条例に基づきプライバシーの保護と公衆衛生上の必要性を衡量して判断することとなるが、申込書（例）を参考に都道府県が定める様式の申込書を利用すること等により、市町村による上記照会に応じた個人情報の提供について本人の同意を得ることができること。
- ・各市町村が上記照会に対し都道府県に個人情報を提供する場合、当該情報は、補助金等の都道府県による適正執行を確保する観点から、当該受検者が本事業の対象となるワクチンを2回接種した者であるかどうかを確認する目的の範囲内でのみ利用されるものであることを踏まえつつ、利用事務の範囲、都道府県における情報の取扱いの方法等についてあらかじめ都道府県と市町村とで協議を行うことが望ましいこと。

なお、これに伴い、申込書（例）を別添のとおり改定いたしましたので、ご参照ください。

【照会先】

(1) 検査促進枠について

内閣官房新型コロナウイルス等感染症対策推進室

企画調整担当 高橋・徳永・藤代・岡田・矢部・西中
寺井・服部・鈴木・鈴木・山根

直通 03 (6257) 3086

(2) 臨時交付金全般について

内閣府地方創生推進室

臨時交付金担当 畑・中山・上坂・大矢・須田・福田

直通 03 (5501) 1752

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いたします

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）			