

PCR等検査無料化事業実施事業者募集要項

1 目的

秋田県は、新型コロナウイルス感染症対策と日常生活の回復の両立を図るため、無症状の者を対象として、ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査及び飲食、イベント、旅行・帰省等の活動に際して陰性の検査結果を確認する民間の取組のために必要な検査や感染拡大期の感染不安者への検査を無料で受けられる環境を整備し、受検の浸透を図るため、無料検査を実施する事業者（以下「実施事業者」という。）を募集する。

2 PCR等検査無料化事業の概要

(1) ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業（以下「定着促進事業」という。）

次に掲げる無症状の者を対象として、感染拡大期に活用する「ワクチン・検査パッケージ」（※）および民間にて自主的に行うワクチン接種歴または検査陰性の確認のために必要な検査を無料とする。

※「ワクチン・検査パッケージ制度」

飲食店やイベント主催者等の事業者が、入店者・入場者等の利用者のワクチン接種歴または検査結果の陰性のいずれかを確認することにより、新型コロナウイルス感染症の感染リスクを低減させ、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置等において課される様々な行動制限を緩和するもの

①対象者

- ・ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査及び飲食、イベント、旅行・帰省等の活動に際して、陰性の検査結果を確認する必要がある無症状の方

②実施期間

令和3年12月22日～令和4年3月31日

（令和4年4月1日以降は検査無料化の対象とはなりませんので、検査に要する費用は受検者が負担することになります。）

(2) 感染拡大傾向時の一般検査事業（以下「一般検査事業」という。）

感染拡大の傾向が見られる場合に、知事の判断により、次に掲げる無症状の者を対象に、検査の受検を要請し、要請に応じる住民に対して実施する検査を無料とする。

①対象者

- ・感染リスクが高い環境にある等のため感染不安を感じる住民（秋田県の住民たる者。）

②実施期間

- ・感染拡大の傾向が見られる場合に、知事が必要と認める期間
(令和4年度以降も継続される見込み)

3 実施事業者の業務のながれ

①検査申込受付

- ・申込書(別紙1)の受付、身分証明書等の提示による本人確認、記載内容確認
- ・定着促進事業として県の補助対象になる場合にあっては検査受検の目的を証する書類等の提示(該当書類がないときは、申立書(別紙2)の提出に代えることができる。)による活動概要確認
- ・原則として予約不要とする。

②実施事業者における検査

以下のア i、ア ii、イ i、イ ii、いずれかの方法により検査を実施

- ア PCR検査等(LAMP法等の核酸増幅法、抗原定量検査を含む。以下同じ。)
 - i 検体(唾液に限る。)を受検者本人が採取する際に立ち会い、検査機関等で検査【医療機関、衛生検査所等、薬局又はワクチン・検査パッケージ制度等の登録を受けた事業者】
 - ii 実施事業者が自ら検体(鼻咽頭ぬぐい液及び唾液に限る。)を採取し、検査を実施【医療機関に限る。】
- イ 抗原定性検査
 - i 検体(鼻腔ぬぐい液に限る。)を受検者本人が採取し、検査を行う際に立ち会い、検体の検査結果の読み取り等を実施【医療機関、衛生検査所等、薬局又はワクチン・検査パッケージ制度等の登録を受けた事業者】
 - ii 実施事業者が自ら検体(鼻咽頭ぬぐい液及び鼻腔ぬぐい液に限る。)を採取し、検査を実施【医療機関に限る。】

③検査結果の通知

- ・実施事業者が検査結果通知書(別紙3)を作成し、受検者に発行
(上記ア iの場合は、検査機関に対して、検査結果通知書を受検者に対して発行するよう求めるとともに、発行後速やかに検査結果を実施事業者に通知するよう求めること。)
- ・イベント等の開催場所等において、当日の抗原定性検査を行い、事業者自らがその場所で利用者の検査結果の陰性を確認し、入場させるためののみ用いる等の場合には、必ずしも結果通知書の発行は要しない。ただし、検査結果の陰性を確認

したものであることが分かるよう必要な工夫を行うこと。

④検査結果の活用

(有効期限)

- ・PCR検査等 検体採取日＋3日
- ・抗原定性検査 検査日＋1日

上記3②のA i、イ iの方法による検査については、次のAまたはBの方法によることも可能である。

A 検査申込者に対して検体採取のためのキット等を直接受け渡す場合は、オンラインにより検体採取の立会いを行うことができる。ただし、次に掲げる事項を遵守すること。

- ・オンラインにより生じうる不自由等について検査申込者に説明の上、オンラインによることについて検査申込者の同意を得ること。
- ・検査の受付に当たり、オンラインによる立会いを行う予定の日時を検査申込者と取り決めること。
- ・検査の受付又はキット等の送付に当たり、キット等の転売・授与が不可である旨を検査申込者に説明すること。
- ・検査受検者の状態やキット等の使用等について十分な確認ができないと判断するなど、オンラインによる立会いが不適切であると判断した場合はこれを中止し、直接の立会いに切り替える用意をしておくこと。
- ・受検者のプライバシーが確保されるよう、外部から隔離される空間においてオンラインの立会いを行い、受検者に対しては清潔が保持等された場所で検体採取を行うことを求めること。

B ドライブスルー方式により検体採取の立会いを行うことができる。ただし、次に掲げる事項を遵守すること。

- ・事業者の敷地内駐車場等において、立会いに十分なスペースを確保すること。
- ・駐車場等において必要に応じて誘導員を配置し、検体採取の実施場所まで安全に誘導した上で、車のエンジンを停止させ、窓を開けるよう案内すること。
- ・検査受検者のプライバシーに十分留意すること。

4 支援対象事業および支援上限額等

	内 容	補助率	補助上限額
(1)	検査体制の整備にかかる費用	10/10	検査場所1か所あたり 2,300,000円(税込) 以内
(2)	検査および結果通知発行にかかる費用 ①PCR検査等		検査1回あたり①+②の額 ①検査費用原価(キットの代金、 検査費用、送料等) 上限8,500円(税込)※注1 ②各種経費 一律3,000円(税込)
	②抗原定性検査		検査1回あたり①+②の額 ①検査費用原価(キットの代金) 上限3,000円(税込)※注2 ②各種経費 一律3,000円(税込)

- ①検体採取の実施場所として、以下の事項に適合する場所を確保すること
- ・受検者の自己採取等に支障のないよう他の場所と明確に区別すること。
(パーティション等による仕切りでも差し支えない。)
 - ・当該実施場所において同時に検体採取を実施する受検者の有無・人数も踏まえ、一定の広さを確保すること及び受検者のプライバシーに配慮していること。
(必ずしも検査ブースを2以上設ける必要はない。)
 - ・十分な照明が確保されているとともに、換気が適切に行われていること。

②補助対象外経費 用地の取得費、本事業の実施に関連しない費用

③補助金の支払いは、事業実績により月毎に支払う。

※注1 PCR検査等については、実施事業者が医療機関である場合は、令和3年12月31日以降、検体採取を行った医療機関以外の施設へ検体を輸送し検査を委託して実施した場合を除き、上限額を7,000円(税込)とします。また、令和4年4月1日以降については、PCR検査等の上限額を7,000円(税込)以下に変更する予定。

※注2 抗原定性検査については、令和3年12月30日までは、上限額を3,500円(税込)になります。

5 応募要件

PCR検査等無料事業において、上記3②に掲げる検査を実施する事業者（共同で事業を実施する場合の共同事業者を含む。）で以下の条件をすべて満たすもの

- (1) 医療機関、衛生検査所等、薬局又はワクチン・検査パッケージ制度等登録事業者（パッケージ制度を適用する旨を県に登録した飲食店、イベント主催者等）のいずれかであること。
- (2) 秋田県内に本社または事業所を有すること。
- (3) 秋田県物品購入等の契約に係る指名停止等措置要領に基づく指名停止期間中に該当しないこと。
- (4) 民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続開始の申立て、会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続開始の申立てまたは破産法（平成16年法律第75号）の規定による破産手続開始の申立てが行われていないこと。
- (5) 宗教団体や政治活動を主たる目的とする法人もしくは暴力団または暴力団員の統制下にある法人でないこと。
- (6) 過去3年間に、労働関係法令に違反していないこと。
- (7) 県税の全税目に滞納がないこと。
- (8) 国、地方公共団体および特別の法律により特別の設置行為をもって設置された法人でないこと。（その資本金の全部または大部分が国または地方公共団体からの出資による法人、またはその事業の運営のために必要な経費の主たる財源を国または地方公共団体からの交付金もしくは補助金等によって得ている法人でないこと）。

6 応募方法

- (1) 応募期間 令和3年12月22日（水）以降、随時受付

※予算の執行状況等により、途中で募集を停止することがあります。

- (2) 提出書類

- ①実施計画書（別紙4）

※検査体制整備が必要な場合は検査体制整備計画書（別紙4-2）

- ②検査を実施する場所の図面

（実施場所ごとに異なる場合は、実施場所ごとに作成）

- ③誓約書（別紙5）

- (3) 提出先

郵送またはメールにより提出すること。

郵送先：〒010-0965 秋田県秋田市八橋新川向2-19

（株）サキガケアドバ内

秋田県PCR等検査無料化事業事務局

メール：info@pcr-akita.com

※応募に要する一切の費用は応募者の負担とする

7 その他

- ・ 検査対象者からの一般的な問合せについては、県において電話対応窓口を設けて対応する。

8 問い合わせ

- ・ この募集要項にかかる質問は、「質問票」（別紙6）に記載のうえ、メールまたはFAXで送付すること（電話・口頭での質問は受け付けない。）
- ・ 回答内容については、質問者に回答のうえ、必要に応じて、県のホームページに掲載する。（企業名などを除く。）

問い合わせ先（質問票の送付先）

郵送先：〒010-0965 秋田県秋田市八橋新川向2-19
（株）サキガケアドバ内
秋田県PCR等検査無料化事業事務局

メール：info@pcr-akita.com

FAX：018-838-7545

申込書

令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

(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. 飲食、イベント、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・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等) (2. に該当する場合を除く) 【概要・日付が分かる予約票等の提示又は申立書の提出が必要】
2. 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
(感染状況が拡大し、知事が必要と認めた場合に限る)
3. その他

(確認事項：✓を記入ください)

仮に検査結果が陽性であった場合には「あきた新型コロナ受診相談センター」に相談します。また、申込書に記載の個人情報について、県及び居住地の管轄保健所に情報提供するとともに、管轄保健所の指示に従うことを誓約します。

上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は県から求めがあった場合には県に提出されることがあることについて同意します。

※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、県が必要と認める措置を講じる場合があります。

※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します

担当者確認欄

本人確認の実施	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
無料検査の区分	<input type="checkbox"/> VTP・全員検査等分 (3.「1.」を選んだ場合) ※日付： ※書類の種類 (該当に○) チケット・予約票・切符・申立書・その他 ()
	<input type="checkbox"/> 一般検査分 (3.検査目的で「2.」を選んだ場合) ※ <u>居住地が秋田県内</u> である必要があります ※住所が記載された身分証明書等 (免許証、保険証など) で確認
	<input type="checkbox"/> 対象外 (上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)	

申立書

私は、____月____日に、以下の活動（飲食、イベント、旅行・帰省等）を行うに当たり必要であるので検査を受検します。

（活動の概要）

※飲食、イベント、旅行・帰省等の別について記載するとともに、店舗の名称や場所等が確定している場合は、その名称等についても、可能な限り記載してください。

活動： 飲食 / イベント / 旅行・帰省 / _____

その他（具体的に： _____）

詳細： _____

（確認事項）

上記内容につき、虚偽がないことを証するとともに、本申立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。

氏名： _____

検査結果通知書

- この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」や「対象者全員検査」等においてのみ有効です。
- 入店・入場等の際に、身分証明書とともに提示してください。
- 本通知書における検査結果は、新型コロナ感染者の患者であるかどうかの診断結果を示すものではありません。

陽性の方は、入場・入店等できません。速やかに受診相談センターに相談してください。

受検者氏名 _____（フリガナ_____）

検体採取日^{※1} _____年____月____日

検査結果 陰性 ・ 陽性 ・ 判定不能^{※2}

有効期限^{※3} _____年____月____日

検査方法 PCR検査等 ・ 抗原定量検査 ・ 抗原定性検査

検体 唾液 ・ 鼻腔ぬぐい液 ・ 鼻咽頭ぬぐい液

使用した検査試薬又は検査キット名 _____

※1 検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。

※2 判定不能は陰性として取り扱うことはできないため、再度の検査を受けてください。その際、適宜検査の申込みをした事業者等とご相談ください。

※3 有効期限：PCR検査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日

事業所名（又は検査所名）^{※4} _____

検査管理者氏名 _____

※4 PCR検査等・抗原定量検査の場合は、検査分析を行った検査所名を記載。

【陽性の場合】

- 速やかに県と秋田市で設置している「あきた新型コロナ受診相談センター」（コールセンター）に相談してください。

受付時間	電話番号
24時間（毎日）	018-866-7050
8時から17時まで（毎日）	018-895-9176
	0570-011-567

実施計画書

1 事業者情報

事業者名	フリガナ 名称	-----		
事業者の種別（選択）	法人	法人番号	(13桁)	代表者名
		住所	〒 -	
	個人	住所	〒 -	
担当者	フリガナ 氏名	-----		
	連絡先	電話番号： メールアドレス：	所属部署	
事業者の事業内容 (右記から選択の上、概要を記載)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等登録事業者 (具体的な事業内容：)			

2 振込先情報

金融機関名		金融機関コード	(4桁)
本・支店名		支店コード	(3桁)
預金種別	1：普通 2：当座 (いずれかを選択)	口座番号 ※1	(7桁)
フリガナ 口座名義人 ※2	-----		

※1：口座番号が6桁以下の場合、はじめに「0」を記載してください。

※2：必ず上記事業者に関する名義の口座をしてください。

(上記事業者が法人の場合は当該法人、個人事業者の場合は当該個人の口座に限ります)

3 無料検査の事業に関する情報

事業開始見込日	令和 年 月 日		
検査の種類 (右記から選択・複数可)	<input type="checkbox"/> PCR検査等 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査		
実施する対象事業 (右記から選択・複数可)	<PCR検査等> <input type="checkbox"/> 検体（唾液に限る）を本人が採取する際の立会い等、検査機関に対する検体の送付・検査受検者への結果通知書等の発行の求め等を行う事業（実施要綱第5条第1項／第1号事業） <input type="checkbox"/> 検体（鼻咽頭ぬぐい液・唾液に限る）の採取等、検体の検査、検査受検者への結果通知書等の発行等を行う事業（実施要綱第5条第2項第1号の事業：事業者が医療機関である場合に限る）		
	<抗原定性検査> <input type="checkbox"/> 検体（鼻腔ぬぐい液に限る）を本人が採取する際の立会い等、検体の検査結果の読み取り、検査受検者への結果通知書等の発行等を行う事業（実施要綱第5条第1項／第3号事業） <input type="checkbox"/> 検体（鼻咽頭ぬぐい液・鼻腔ぬぐい液に限る）の採取等、検体の検査、検査受検者への結果通知書等の発行等を行う事業（実施要綱第5条第2項第2号の事業：事業者が医療機関である場合に限る）		
立会い等又は検査を行う事業所の名称・所在地（複数の場合は別紙） ※3	名称		
	所在地	〒 -	
営業日（休業日） 営業時間等			
事業所電話番号			
1日あたりの立会い等又は検査の実施回数（見込み） (事業所の場合は別紙)	検査の種類	ワクチン検査パッケージ制度 ・対象者全員検査等定着促進事業	感染拡大傾向時の一般検査事業
	PCR検査等	回／日	回／日
		(見込みの根拠)	(見込みの根拠)
	抗原定量検査	回／日	回／日
(見込みの根拠)		(見込みの根拠)	
抗原定性検査	回／日	回／日	
	(見込みの根拠)	(見込みの根拠)	

※3：オンライン／オンライン・郵送／ドライブスルー方式により実施する場合は、記載及び実施場所を示す図面の添付は不要。

【PCR検査等】検査キット等の調達方法、単価等 ※キットごとに記入してください。（適宜、行を追加）

検査区分	No.	検査を実施する機関	検査キット単価 ※検査費用、容器代、送料を含みます	受検者本人への検査結果 通知までにかかる日数
PCR検査等	1		円	日
	2		円	日
	3		円	日
PCR等検査キット平均単価			#DIV/0! 円	

【抗原定量検査】検査キット等の調達方法、単価等 ※キットごとに記入してください。（適宜、行を追加）

検査区分	No.	検査を実施する機関	検査キット単価 ※検査費用、容器代、送料を含みます	受検者本人への検査結果 通知までにかかる日数
抗原定量検査	1		円	日
	2		円	日
	3		円	日
PCR等検査キット平均単価			#DIV/0! 円	

【抗原定性検査】検査キット等の調達方法、単価等 ※キットごとに記入してください。（適宜、行を追加）

検査区分	No.	検査キット名	仕入れ先	検査キット単価
抗原定性検査	1			円
	2			円
	3			円
抗原定性検査キット平均単価				#DIV/0! 円

（共同事業者に関する情報【任意的記載事項】）※4

共同事業者	法人名、法人番号、代表者氏名	法人名	法人番号
		代表者氏名	
	事業所の名称・所在地	名称	
		所在地	〒 -
	担当者の氏名・連絡先	氏名	
		連絡先	
事業者の事業内容	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※4：第2号事業を行う検査機関が登録する場合は、当該検査機関に関する情報を本項目に記載の上、第1号事業を行う事業者と共同して登録すること。

4 実施体制

無料検査の事業の実施体制について下欄に記載ください。関係主体がそれぞれどのような活動・どのような役割を担い、また連携を行うかを具体的に示すとともに、オンライン方式を採用する場合には具体的にどのような方法及び体制でオンライン体制を確保するかを示してください。

5 チェック事項

- 検体採取の立会いは検査管理者により実施します。（第1号事業・第3号事業を実施する場合に限る。）
- 検体採取の立会い若しくは検査実施に係るマニュアルを作成し、または「ワクチン・検査パッケージ制度における抗原定性検査の実施要綱」又は「PCR検査等のための検体採取の立会い等に係る留意事項」をいつでも参照できるように常置しています。
- 検体採取を行う場所として、添付の図面に示した実施場所を確保しています。※3
- 過去の相当期間において、実施要綱の違反に基づく登録取消や関係法令の違反がなかったことを証明します。
- 「ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業」及び「感染拡大傾向時の一般検査事業」の無料検査を行う実施事業者として登録されることを希望します。
- 本計画書の記載内容及び添付の内容に誤りがないことを証明するとともに、実施要綱に従った事業を実施することに違反した場合は、都道府県等から交付される補助金等を返還等する必要があることについて同意します。
- 本計画書の証拠書類を保存するとともに、県から必要に応じて提出等の求めがあった場合には、これに応じることに同意します。

- 本計画書に記載された事項は、必要に応じて関係行政機関に提供されることに同意します。また、無料検査の実施事業者として登録された場合に、事業所名を公表されることに同意します。

(該当する場合のみ)

- オンライン方式（実施要綱第5条第5項前段）により、無料検査を実施します。
- オンライン・郵送方式（実施要綱第5条第5項後段）により、無料検査を実施したいので、県知事の承認を求めます。
- ドライブスルー方式（実施要綱第5条第6項）により、無料検査を実施します。

法人名

担当者（職・氏名）

検査体制整備計画書

PCR等検査無料化事業の開始に当たって、下記のとおり整備します。

1. 事業者情報

事業者名	フリガナ 名称				
事業者の種別（選択）	法人	法人番号	代表者名		
		所在地	〒		
	個人	所在地	〒		
担当者	フリガナ 氏名			所属部署	
	連絡先	電話番号			
		メールアドレス			
事業者の事業内容 （右記から選択の上、 概要を記載）	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 衛生検査所等 <input checked="" type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等登録事業者 【（ワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等登録事業者の場合）具体的な内容】				

2. 整備内容

品目	仕様・規格	内容（主な用途）	単価（税込）	数量	計	購入予定日
（例）パーティション	幅1800×奥行500×高さ1800mm、折りたたみ式	検体採取の自己採取場所を区別するため	33,000 円	1	33,000	R3.12.28
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			
			円			

- ※ 高額な設備等を整備する場合は、基本的にリースで整備してください。なお、備品購入の上限は30万円とさせていただきます。
- ※ 品目ごとに、見積書、カタログ等を添付してください。
- ※ 品名や単価が異なるものを購入する場合、複数行で記載してください。
- ※ 行数が足りない場合、適宜追加してください。
- ※ 複数箇所を整備する場合、整備箇所ごとにわかるよう記載してください。

令和 年 月 日

応募資格誓約書

秋田県知事様

住所

名称

代表者

④

PCR等検査無料化事業の実施事業者の応募に当たり、下記の応募資格をすべて満たしていることを誓約します。

記

- (1) 医療機関、衛生検査所等、薬局又はワクチン検査パッケージ制度・対象者全員検査等登録事業者（パッケージ制度を適用する旨を県に登録した飲食店、イベント主催者等）のいずれかであること。
- (2) 秋田県内に本社または事業所を有すること。
- (3) 秋田県物品購入等の契約に係る指名停止等措置要領に基づく指名停止期間中に該当しないこと。
- (4) 民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続開始の申立て、会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続開始の申立てまたは破産法（平成16年法律第75号）の規定による破産手続開始の申立てが行われていないこと。
- (5) 宗教団体や政治活動を主たる目的とする法人もしくは暴力団または暴力団員の統制下にある法人でないこと。
- (6) 過去3年間に、労働関係法令に違反していないこと。
- (7) 県税の全税目に滞納がないこと。
- (8) 国、地方公共団体および特別の法律により特別の設置行為をもって設置された法人でないこと。（その資本金の全部または大部分が国または地方公共団体からの出資による法人、またはその事業の運営のために必要な経費の主たる財源を国または地方公共団体からの交付金もしくは補助金等によって得ている法人でないこと。）

「PCR等検査無料化事業 実施事業者募集要項」に対する質問票

あて先

事業者名	
担当者名	
TEL・FAX	
メール	

質 問

--