別紙１

　　年　　月　　日

宝塚市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　 印

電話番号　　　　－　　　－

　　感染者等確認書

下記の利用者について，新型コロナウイルス感染症感染者等に該当したことを報告いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 住所 | 生年月日 | 該当期間 | 該当接触者の種別 |
| 利用者名 |
| 1 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  　　年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 2 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 3 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 4 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 5 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 6 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 7 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 8 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 9 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 10 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 11 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 12 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 13 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 14 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
| 15 |  |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ  年　　月　　日 | 月　日～　月　 日 |  |
|  |
|  |

※感染者の種別は次の番号を記入してください。

①　感染者又はみなし陽性者と診断された者

②　宝塚市介護サービス継続支援事業補助金交付要綱で定める濃厚接触者

③　感染が疑われる者でＰＣＲ検査の結果、医療機関等により陰性と診断がされるまでの間の者

④ 感染が疑われる者との濃厚接触が疑われる者