

令和3年度 学生インターンシップ実施にともなうPCR検査費用の支援について (申請の手引き)

作成日：令和3年5月27日

1. 目的

酪農ヘルパーへの就業を促進するため、各地で学生インターンシップが実施されているが、実施地域外から参加している事例も多い。新型コロナウイルス感染症発生により酪農家等の現地関係者が安心して受け入れることのできる態勢作りのため、参加者に対し事前にPCR検査を実施することを推奨する。

このため、一般社団法人酪農ヘルパー全国協会（以下「全国協会」という。）は、学生インターンシップを実施する酪農ヘルパー事業実施県団体・利用組合（以下「実施団体」という。）が参加者に対し、PCR検査（自費検査）を実施した場合、その費用を支援することにより、酪農ヘルパー要員確保及び酪農ヘルパー認知度向上の促進に資するものとする。

2. 支援対象者：PCR検査を行う実施団体

3. 検査対象者：学生インターンシップ研修に参加する学生（以下「参加者」という。）

4. 対象期間：令和3年6月1日～令和4年3月31日

5. 検査機関：自費検査を提供する検査機関とし、来院して検査を受ける医療機関の他に自宅で採取し送付した検体を検査する医療機関も対象とする。

6. PCR検査実施手順：

- (1) 実施団体は、検査機関で提供される検査の内容、費用、検査結果の通知方法などを事前に確認する。
- (2) 参加者が居住地内で適切な検査機関を見つけられない場合などは、全国協会に検査機関の推奨を依頼することができる。
- (3) 実施団体は、参加者と協議し参加者が現地入りする前に検査結果がわかる検査スケジュールを作成し、検査機関に手配する。ただし、参加者が現地入りする概ね1週間以内に採取された検体による検査が望ましい。
- (4) 参加者は、予約された検査を受診（または検体を採取送付）し、検査結果（陰性または陽性）を速やかに実施団体に報告する。
- (5) 参加者は、陰性の場合予定通り現地入りすることができるが、陽性の場合には自宅待機とし医師および保健所の指示に従うものとする。

7. PCR検査費用支援の申込手続き及び費用申請と支払い

(1) PCR検査費用の支援を申し込む実施団体は、別紙様式第1号の「学生インターンシップ実施計画書」を全国協会に提出する。

(2) 申請のあった「学生インターンシップ実施計画書」にもとづくPCR検査が完了した実施団体は、別紙様式第2号の「学生インターンシップPCR検査費用支援事業 申請書兼請求書」を取りまとめのうえ、全国協会に提出する。

対象費用は以下の通りとする。

① PCR検査費用（必要に応じて証明書代を含む）

② 検体送料

※ただし、領収書等、支払いの証明できる書類の原本を添付のこと。

(3) 全国協会は請求書を受理した月の翌月末までに振込送金する。

以上

別紙様式第1号

学生インターンシップ実施計画書

一般社団法人酪農ヘルパー全国協会

会長 砂金 甚太郎 殿

都道府県団体名（利用組合名）

代表者氏名

印

下記のとおり学生インターンシップ計画書を提出します。

記

実施場所	〇〇〇〇利用組合または〇〇県内
実施時期	令和3年〇月または随時
予定人数	〇人または若干名

（注） 学生インターンシップの年度計画があつて、その実施の見通しが最初に立った段階で様式1の計画書を提出願います。計画書の提出のあつた団体がPCR検査費用支援の対象となり、様式2でPCR費用を申請・請求して下さい。それ以降、追加して実施された場合、計画書なしで費用の請求のみで構いません。

以上

別紙様式第2号

学生インターンシップPCR検査費用支援事業 申請書兼請求書

一般社団法人酪農ヘルパー全国協会

会長 砂金 甚太郎 殿

都道府県団体名（利用組合名）

代表者氏名

下記のとおりPCR検査費用の支援について、申請します。また、申請金額を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

記

請求金額及び振込先口座

請求金額	円	※ 別紙申請金額明細表と同額					
金融機関名		本支店名	支店				
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	口座番号					
(フリガナ)							
口座名義							

(注意事項)

- 医療機関で実施する「自費診療のPCR検査」が支援対象です。発熱などによる「保険診療のPCR検査」は対象外です。
- PCR検査結果報告書のみで結果確認ができるので、「陰性証明書」は必要ありませんが、酪農家等からの要請で「陰性証明書」がどうしても必要な場合は証明書発行料を支援の対象とします。
- 抗原検査も支援対象とする。
- 検査費用のほかに、検体送料（宅急便・郵便）は支援の対象とします。
- 検査に伴う旅費交通費および日当は支援の対象外です。
- <添付資料>
領収書等、支払いの証明ができる書類の原本を添付のこと。
「PCR検査の費用であること」および「検査の実施日」が明記されていることが必要です。

以上

(別紙)

申請金額明細表

検査費用項目	金額	備考 (添付資料名)
PCR検査費用	円	
抗原検査費用	円	
検体送料	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
合計	円	

(注) 領収書等を裏面に糊付けして下さい。