

「かながわ旅割」ワクチン接種履歴・検査結果確認の手引き

「かながわ旅割」に参加する場合には、宿泊施設であれば、フロントスタッフ、ツアーの場合は集合時に添乗員などがワクチン接種履歴や検査結果を下記の通り実施すること。

1. 対象者

以下のいずれかに該当する方は利用が可能です。

- (1) 神奈川県居住者でワクチン2回目接種し14日以上経過している方
- (2) 隣接県・地域ブロックの居住者でワクチン3回目接種をしている方
- (3) 対象地域居住者で以下のいずれかの検査で陰性の方

検査の種類	陰性証明の有効期限
PCR検査または抗原定量検査	検体採取日を含めて4日以内
抗原定性検査	検体採取日を含めて2日以内

2. 検査結果の有効期限について

旅行日(連泊の場合は初日)を基準に判定します。

(例)4月15日(金)から2連泊で利用する場合に有効な証明

- ・PCR検査又は抗原定量検査の検体採取日が4/12-4/15の検査結果
- ・抗原定性検査の検体採取日が4/14-4/15の検査結果

※検査結果が陽性の場合、検査結果が「判定不能」であった場合、ワクチン接種から14日経過していない場合、確認書類の持参忘れにより当日までにワクチン接種済証等又は検査結果通知書を確認できない場合などは、割引及びクーポン配布の対象外となります。

3. ワクチン・検査の対象外となる旅行者について

以下のいずれかに該当する方は、ワクチン接種又は検査の実施がなくても利用可能です。

- ・同居する親等の監護者が同伴する12歳未満の利用者
- ・修学旅行等の学校行事にかかる利用者

4. 確認方法

利用者が支援対象者に該当するかどうか書類(コピー、画像も可)等により確認してください。目視のみ(証拠書類の提出不要)

① ワクチン接種の確認書類

＜3回目予防接種済証/1・2回目接種記録証＞

予約メモ欄

3回目
日時： 月 日 () 時 分
場所：

141003

接種券 診察したが接種できない場合

3回目 予防接種済証

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)
Certificate of Vaccination for COVID-19

3回目 COMIRNATY
接種年月日 コミナティ筋注
製造番号:FN2723
製造販売:ファイザー株式会社
接種場所 BIONTECH Pfizer

確認

新型コロナウイルスワクチン1・2回目接種記録 兼 予防接種済証

	1回目	2回目
接種年月日	2021年 7月 8日	2021年 8月 13日
メーカー	モデルナ	モデルナ
Lot No.		

氏名 名前
住所 住所
生年月日 生年月日 日生

接種を受ける方へ

- 接種券のシールははがさないでください。
- 本券は接種後に1～3回目接種の事実を証明する予防接種済証になります。接種後も大切に保管してください。(カッコ書きや[*]で記載されている回は、予防接種済証にはなりません。)

確認ポイント

- ①神奈川県居住者でワクチン2回目接種し14日以上経過している
 - ・2回分のシール(接種済証)があり、2回目接種日から14日経過しているか
 - ・本人確認書類により本人かどうか、居住地が該当地域かどうか
- ②隣接県・地域ブロックの居住者でワクチン3回目接種をしている
 - ・3回分のシール(接種済証)があるか
 - ・本人確認書類により本人かどうか、居住地が該当地域かどうか

※自治体によりフォーマットが異なります

②検査の確認書類

「受検者氏名、検体採取日、検査結果、検査方法、検査所名」が明記されている検査結果通知書

※抗原定性検査を事業者の管理下で行い、検査結果通知書を発行する場合は、「検査方法」の代わりに「使用したキット名」を、「検査所名」の代わりに「事業所名」を記載。

検査結果通知書	
<ul style="list-style-type: none">● この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。● 利用の際に、身分証明書とともに提示してください。● 新型コロナウイルス感染者の患者であるかどうかの診断には用いることができません。	
陽性の方は、速やかに医療機関を受診してください。	
□ 受検者氏名	〇〇 〇〇 (フリガナ: 〇〇 〇〇)
□ 検体採取日※1	2021年 〇月 〇日
□ 検査結果	陽性 ・ 陰性 ・ 判定不能
□ 有効期限※2	2021年 〇月 〇日
□ 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	〇〇 〇〇
※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 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）	〇〇 〇〇
□ 検査管理者氏名	〇〇 〇〇
【陽性の場合】	
□ 医療機関を受診してください。	
☑ 受診・相談センターに電話し、受診先について相談してください。	

運転免許証等により、本人のものか確認

陰性であることを確認

有効期限内であることを確認

いずれかの検査であることを確認

お住いの県の相談窓口へ相談

※自治体によりフォーマットが異なります