

## －徴収対象外・減免の対象者－

対象施設は、検査申し込み時に、該当する減免申請書等を記入の上、お持ちください。  
市原保健所にて**新規**に減免等申請をされる施設は、**事前に市原保健所(TEL 0436-21-6391)**  
**までご連絡ください**。提出が必要な書類等についてご案内します。

| 依頼者                                                                        | O157      | 腸内細菌      | 提出書類    |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------|
| 千葉県[公営企業を除く]（県立学校、<br>県職栄養士等）                                              | 徴収対象外     | 徴収対象外     | 検査事務依頼書 |
| 民間社会福祉施設〔第 1 種事業〕（社会<br>福祉法第 2 条第 2 項に該当）（特別養護<br>老人ホーム、障害者授産施設等）          | 3 分の 2 減免 | 3 分の 2 減免 | 減免申請書   |
| 地方公共団体[公営企業を除く]（行政上<br>必要とする場合）                                            | 2 分の 1 減免 | 2 分の 1 減免 | 減免申請書   |
| 民間社会福祉施設〔第 2 種事業〕（社会<br>福祉法第 2 条第 3 項に該当）（保育所、<br>グループホーム、老人サービスセンター<br>等） |           |           |         |