

自宅療養証明書発行願

令和 4年 〇月 〇日

記入者の住所 〇〇市〇町〇-〇

記入者の氏名 愛知 太郎
(日中連絡先: 090-〇〇〇〇-△△△△)

療養終了日の記載が必要な方は、ここに✓を入れ、続く質問に回答してください。

下記の者の自宅療養にかかる証明書の発行を希望します。

HER-SYS ID	氏名	性別	生年月日	西暦	療養終了日の記載
12345678	愛知 太郎	男性	生年月日	19●●年 ●月 ●日	療養終了日の記載 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (必要な場合)
			陽性判明日	2022年 ●月 ●日	療養期間*の延長が <input checked="" type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
		性	生年月日	●年 ●月 ●日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合)
			陽性判明日	●年 ●月 ●日	療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
98765432	愛知 衣子	女性	生年月日	西暦 19●●年 ●月 ●日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合)
			陽性判明日	2022年 ●月 ●日	療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
87654321	愛知 浦男	男性	生年月日	西暦 19●●年 ●月 ●日	療養終了日の記載 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (必要な場合)
			陽性判明日	2022年 ●月 ●日	療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input checked="" type="checkbox"/> あった(〇月 △日まで)
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合)
			陽性判明日	年 月 日	療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった
			生年月日		
			陽性判明日	年 月 日	療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)

不明な場合は省略してもかまいません。

記憶の範囲でかまいません

赤枠部分の記載をお願いします。

※発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した日。
無症状の場合は、検体採取日から7日間経過した日。

注意事項

- 必ず返信用封筒(送付先住所・氏名記入・84円切手貼付 ※4人以上の場合は94円)を同封のうえ、以下送付先に郵送してください。
- 医療機関で新型コロナウイルス感染症の診断がされる前の期間については、保健所で自宅療養の証明をすることはできません。
- 療養終了日は、原則記載されません。療養終了日の記載が必要な場合は該当箇所に必要事項を記載してください。

送付先 〒448-0857 刈谷市大手町1丁目12番地

愛知県衣浦東部保健所 生活環境安全課
自宅療養証明書交付担当 行