

記入例

様式 1

自宅療養証明書発行願

記入例を参考に必要事項をご記入ください。

自宅療養を受けた方の氏名、性別、
生年月日をご記入ください。

自宅療養を 受けた方(氏名)	知多 太郎	☒ 男性 ☐ 女性	生年月日	☐ 大正 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	○年 ○月 ○日
傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症				
療養期間	陽性判明日から ○ 月 ○ 日 まで				

自宅療養最終日をご記入ください。

※1 発症日が2022年8月27日までの方

- ・有症状者：発症日から10日間以上かつ、症状軽快から72時間（3日間）以上経った日にち
- ・無症状者：検体採取日（検査日）から7日目の日にち

※2 発症日が2022年8月28～31日までの方は下記※2-1をご参照ください

※3 発症日が2022年9月1日以降の方

- ・有症状者：発症日から7日間経過し、かつ、症状軽快後24時間経過した日にち
- ・無症状者：検体採取日（検査日）から7日目の日にち。加えて、5日目の検査キットによる検査で陰性を確認した場合には、5日間経過後の日にち

申請日 令和 ○年 ○月 ○日

愛知県知多保健所 健康支援課 宛て

自宅療養終了後、発行願に記載した日付を
ご記入ください。

申請者の住所、氏名、続柄を
ご記入ください。

申請者住所 ○○市○○町・・・

申請者氏名 知多 太郎

（続柄 本人 ）

日中連絡の取れる電話番号を
ご記入ください。

電話番号 ○○○—○○○○—○○○○

※2-1 発症日が2022年8月28～31日の方は右の表のように
発症日にかかわらず終了日は9月7日となります。

証明できる療養期間は 陽性判明日から9月7日まで

発症日	陽性判明日	療養終了日
8月28日	*	～ 9月7日
8月29日	*	～ 9月7日
8月30日	*	～ 9月7日
8月31日	*	～ 9月7日