【 記入例・注意事項 】

申請日 **2024** 年 **4** 月 **1** 日

申請日をご記入ください。

申請者の連絡先
(＝自宅療養証明書の送付先)
をご記入ください。
申請者は、原則として療養を

申請者氏名	**町田市 太郎**
申請者住所	**〒194-0000　町田市森野 0 － 0 － 0**
日中連絡先	**090 － 0000 － 0000**

新型コロナウイルス感染症　自宅療養証明書発行申請書

下記対象者の自宅療養証明書の発行をお願いします。

不明の場合は空欄可

対象者	1	氏名（フリガナ）	**町田市 花子**（**マチダシ ハナコ**）			HER-SYS ID（6～8桁）	
		生年月日（西暦）	**1980** 年 **1** 月 **1** 日	性別	☐ 男性 ☑ 女性	申請者との続柄	妻
		自宅療養期間	**診断日** ～ **2022** 年 **5** 月 **20** 日（療養終了日）			無症状の場合は✓	☐
		※標準の療養期間を超えた理由	**当初に指示された療養期間内に症状軽快せず、医師から療養期間延長の指示があったため。**				
	2	氏名（フリガナ）	**町田市 一郎**（**マチダシ イチロウ**）			HER-SYS ID（6～8桁）	**111111**
		生年月日（西暦）	**2010** 年 **2** 月 **2** 日	性別	☑ 男性 ☐ 女性	申請者との続柄	子
		自宅療養期間	**診断日** ～ **2023** 年 **1** 月 **12** 日（療養終了日）			無症状の場合は✓	☐
		※標準の療養期間を超えた理由					
	3	氏名（フリガナ）	**町田市 町子**（**マチダシ マチコ**）			HER-SYS ID（6～8桁）	**22222222**
		生年月日（西暦）	**1950** 年 **3** 月 **3** 日	性別	☐ 男性 ☑ 女性	申請者との続柄	母
		自宅療養期間	**診断日** ～ **2022** 年 **9** 月 **10** 日（療養終了日）			無症状の場合は✓	☐
		※標準の療養期間を超えた理由	**高齢者施設に入所していたため、10日間療養した。**				

「療養終了日」はできるだけご記入ください。

~~※2022年9月7日以前の標準の療養期間は、10日間です。~~

【申請

◇下

1.

2.

※

※

☑

【申請

切り取り

【注意事項】　（申請前に必ずご確認ください）

☐　保健所が療養を証明できる期間は、
　診断日（発症日とは異なります）～療養終了日までです。

☐　保険請求以外の目的での証明書の発行はできません。

☐　証明書が複数枚必要な場合は、コピー等でご対応ください。

◇　申請方法は別紙　「新型コロナウイルス感染症自宅療養証明書発行申請書」の【申請方法】に記載のとおりです。

【お問い合わせ】
町田市保健所 保健予防課　電話：０４２－７２２－０６２６

課