

【 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
 受けた本人または家族です。

申請者氏名	町田市 太郎
申請者住所	〒194-0000 町田市森野 〇 - 〇 - 〇
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

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	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	自宅療養期間	診断日 ~ 2022 年 5 月 20 日 (療養終了日)	申請者との続柄	妻
	※標準の療養期間を超えた理由		無症状の場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
「療養終了日」はできるだけご記入ください。		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	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	自宅療養期間	診断日 ~ 2023 年 1 月 12 日 (療養終了日)	申請者との続柄	子
	※標準の療養期間を超えた理由		無症状の場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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)	2222222
	生年月日 (西暦)	1950 年 3 月 3 日	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	自宅療養期間	診断日 ~ 2022 年 9 月 10 日 (療養終了日)	申請者との続柄	母
	※標準の療養期間を超えた理由		無症状の場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

※2022年9月7日以前の標準の療養期間は、10日間です。

【申請者】

【注意事項】 (申請前に必ずご確認ください)

◇ 下

- 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

【申請者】

切り取り