

自宅療養証明書発行願

令和 年 月 日

記入者の住所

記入者の氏名

(日中連絡先：)

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。

氏名	続柄※	性別	生年月日	陽性診断月
			西暦 年 月 日	年 月
			西暦 年 月 日	年 月
			西暦 年 月 日	年 月
			西暦 年 月 日	年 月
			西暦 年 月 日	年 月
			西暦 年 月 日	年 月
			西暦 年 月 日	年 月

※続柄は「記入者からみた続柄」を記載してください。

注意事項

- ・必ず返信用封筒（送付先住所・氏名記入・110円切手貼付）を同封のうえ、以下送付先に郵送してください。
- ・9枚以上の証明書が必要な場合は、定形外郵便物となりますので、郵便局のWebサイト等で料金を確認してください。
- ・医療機関で検査を受け、結果判明まで自宅で待機された期間及び自宅療養終了後、自己判断で療養を延長された期間については、発行することはできません。
- ・濃厚接触者として自宅で待機された期間や発症から診断日までの期間についても、発行することはできません。

送付先

〒442-0068 豊川市諏訪三丁目 237

愛知県豊川保健所
自宅療養証明書交付担当 行