

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:)

次の者の自宅療養(※1)にかかる証明書の発行を希望します。

1	自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年 月 日
	自宅療養開始日(※2) (陽性診断日)	年 月 日	自宅療養終了日 (※3)			年 月 日
2	自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年 月 日
	自宅療養開始日(※2) (陽性診断日)	年 月 日	自宅療養終了日 (※3)			年 月 日
3	自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年 月 日
	自宅療養開始日(※2) (陽性診断日)	年 月 日	自宅療養終了日 (※3)			年 月 日
4	自宅療養を受けた方 (氏名)		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日		年 月 日
	自宅療養開始日(※2) (陽性診断日)	年 月 日	自宅療養終了日 (※3)			年 月 日

※1 自宅療養とは、以下の①および②に該当する場合をいいます。

①2020年4月2日付けの厚生労働省の「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」等に定められている自宅療養であること。

②感染症法上、入院措置が必要にもかかわらず、医療機関の事情に

※2 「療養開始日」は、新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の診断日

なお、令和4年7月22日付けの厚生労働省の「オミクロン株のBA.5に対応するための医療機関・保健所の負担軽減等について」(令和4年8月24日最終改正)に基づき、入力項目が簡略化された発生届の患者においては、発生届の報告日となることがあります。

※3 保健所の記録と相違があった際等、ご希望の日にて証明が発行できない場合があります。

赤枠部分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 ※4枚以上の場合は180円)を同封のうえ、以下送付先に郵送してください。
- お一人につき1枚の発行となります。複数枚必要な場合は、複写(コピー)してお使いください。

送付先

〒475-0903

半田市出口町1丁目45番地4

愛知県半田保健所 生活環境安全課

自宅療養証明書交付担当 行