

自宅待機（療養）証明書請求書
（新型コロナウイルス感染症専用）

次のとおり、自宅待機（療養）証明書を請求します。

記入日

令和

年

月

日

自宅待機（療養）を受けた方（氏名）	(ふりがな)				
証明書発送先住所	郵便番号	—			
	住所				
生年月日 (元号は口に✓を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	年齢	歳
	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和			
連絡先電話番号					
陽性判明日	令和	年	月	日	※わかる範囲で記入してください。 不明の場合は空欄のままです。

※令和4年9月26日以降に陽性判明の場合は、医療機関から保健所へ発生届が提出されている方のみ証明書を発行することができます。

※発生届提出の対象とならない方には証明書を発行することはできません。

＜発生届の対象となる方＞

- ・65歳以上の方
- ・入院を要する方
- ・妊婦
- ・重症化リスクがあり、新型コロナ治療薬の投与又は新型コロナ罹患より新たに酸素投与が必要な方

※証明書は1枚のみの発行となりますので、複数枚必要な場合はコピーして使用してください。

委任状

本人が申請できず、代理の方が請求する場合は以下についても記載してください。

なお、未成年のお子様の証明書を保護者が請求する場合は記載不要です。

私は、次の者を代理人と定め、自宅待機（療養）証明書の請求を委任します。

委任される方の氏名	
委任される方の住所	
委任される方の 連絡先電話番号	
自宅待機（療養）を受けた方の氏名	⑩

郵送又はFAXで申請してください。

郵送先：〒070-8525 旭川市7条通9丁目
旭川市保健所保健予防課感染症対策係
FAX：0166-26-7733

※保健所使用欄（記入しないでください）

市番号	判明日	期間（始期）	期間（終期）	解除日	発症日

処理者：