

病気・障がい証明書

令和5年度用

【病気・障がい】R4.9～



ATESTADO DE DOENÇA OU PORTADOR DE DEFICIÊNCIA(ANO LETIVO2023) [DOENÇA OU PORTADOR DE DEFICIÊNCIA]

裏面の記入要領を確認し、下記の該当する箇所を記入してください。Preencher os itens correspondentes abaixo:

① 保護者記入欄 Campos a serem preenchidos pelo responsável	児童名 Nome da(s) criança(s)	生年月日 Data de nascimento	学齢 Idade Escolar	園名 Nome da creche
		年 月 日 ano mês dia	歳児 anos	園 En
		年 月 日 ano mês dia	歳児 anos	園 En
		年 月 日 ano mês dia	歳児 anos	園 En
	保護者氏名 Nome do responsável			
児童から見た保護者の続柄 Relação do responsável com a criança	<input type="checkbox"/> 1 父 <input type="checkbox"/> 2 母 <input type="checkbox"/> 3 祖父 <input type="checkbox"/> 4 祖母 <input type="checkbox"/> 5 その他 () 1 Pai 2 Mãe 3 Avô 4 Avó 5 Outros ()			

② 医師記入欄 Campos a serem preenchidos pelo(a) médico(a)	項目	記入欄
	医師が記入する場合	
	対象者氏名	児童と対象者との続柄 <input type="checkbox"/> 1 父 <input type="checkbox"/> 2 母 <input type="checkbox"/> 3 祖父 <input type="checkbox"/> 4 祖母 <input type="checkbox"/> 5 その他 ()
	生年月日	年 月 日
	病名	
	対象者の病気の状況	上記の対象者は、上記の病気のため、児童の保育について、 <input type="checkbox"/> 1 不可能と認める(入院を要するため)。 <input type="checkbox"/> 2 短時間でも不可能と認める。 <input type="checkbox"/> 3 療養のため、できるだけ避けたほうが好ましい。 ----- 【保育できないと見込まれる期間】 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	看護・介護の必要の有無 ※下記参照	上記対象者について、看護・介護の必要は、 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (常に介護を必要としないが、時々介護を要することがあると認める)。 <input type="checkbox"/> ある (常に介護・観察が必要と認める) ----- 【介護を必要とする期間】※上記で看護・介護の必要があると記載した場合のみ記入 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
上記のとおり診断します。		
令和 年 月 日	病院(医院)所在地: _____ 病院(医院)名: _____ 医師氏名: _____ 電話番号: _____	

③ 保護者申立欄 Solicitação de assistência. Campos a serem preenchidos pelo responsável.	障がい者手帳がある場合 Caso possua Carteira de Portador de Deficiência	
	対象者氏 Nome do portador	児童と対象者との続柄 Relação do portador da Carteira com a criança <input type="checkbox"/> 1 父 Pai <input type="checkbox"/> 2 母 Mãe <input type="checkbox"/> 3 祖父 Avô <input type="checkbox"/> 4 祖母 Avó <input type="checkbox"/> 5 その他 Outros ()
	生年月日 Ano/mês/dia de nascimento	
添付書類 Documento(s) a anexar	添付する手帳にチェックを記入し、手帳のコピーを本書類にホチキス止めして添付してください。 Checar o tipo de carteira, tirar a cópia e anexar neste documento pregando com grameador. <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (1級・2級・3級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 Carteira de Portador de Deficiência física (grau 1, 2 e 3) Carteira de Tratamento de Portadores de Distúrbios Mentais <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A判定・B判定) Carteira de Portador de Deficiência Mental (estágio A ou B)	

※ 保護者が「病気・障がい要件」と「看護・介護要件」に該当し、双方を同一の医師が証明する場合の「看護・介護証明書」は、医師が証明した「病気・障がい証明書」と一緒に提出する場合に限り、保護者記入欄の記載のみのものでも有効とします。ただし、「病気・障がい証明書」に「看護・介護の必要はない」と記載されている場合は、看護・介護要件には該当しません。(例)母が病気で、父が母の看護をする場合。

※No seguinte caso, basta que o Responsável preencha os campos do item (1) "Campos a serem preenchidos pelo Responsável":
 O Responsável enquadra-se simultaneamente nos requisitos de Doença ou Portador de Deficiência e Assistência de Enfermagem e Cuidador e tem certificação emitida pelo mesmo médico, exceto se, no Atestado de Doença ou Portador de Deficiência, constar que "não há necessidade da Assistência de Enfermagem e Cuidador" (Por exemplo: Caso o pai esteja cuidando da mãe enferma da criança.

園記入欄 Preenchido pela Creche	園コード	整理番号	学齢	歳児	受付日	令和 年 月 日
提出理由	1. 入園希望 2. 要件変更 3. その他 ()					

【C 病気・障がい証明書 記入要領】

医師の方へ

この証明書は、こども園等の利用に当たり、児童の家庭状況を把握するためのものです。
この証明書の必要な箇所への記入をするか、同内容を具備する診断書等での証明をお願いします。

保護者の方へ

- ・適正管理のために、内容について確認する場合があります。
- ・医師が記入した内容を保護者自身で訂正することはできません。
- ・証明内容に変更が生じた場合は、すみやかに園へ連絡してください。
- ・プライバシーに関する事項が記載されていますので、必要な方は封筒に入れるなどして提出してください。
- ・記入された内容は、入園基準の要件を確認する以外には使用いたしません。

【記入の流れ】

〈医師が記入する場合〉

1. 保護者が①保護者記入欄を記入する。
 2. 医師に②医師記入欄の記入を依頼する。
- ※②医師記入欄の記入を依頼する場合は、③保護者申立欄の記入は不要。

〈障がい者手帳がある場合〉

1. 保護者が①保護者記入欄を記入する。
 2. 保護者が③保護者申立欄を記入する。
 3. 障がい者手帳のコピーを本書類にホチキス止めて添付する。
- ※障がい者手帳のコピーを添付する場合は、②医師記入欄の記入は不要。

記入内容・方法については、以下のとおりとする。

〈①保護者記入欄〉

児童名

園名について、これから入園・転園を希望する場合は第一希望園名、既に在園している場合は在園名を記入する。

兄弟児の場合は、園児名欄に連名で記入する。(複数枚の提出は不要)。ただし、途中入園申込みの際に在園児と新入園希望児がいる場合、在園児は園へ、新入園希望児は保育課へそれぞれ証明書を提出する。(コピー可)

保護者氏名

当該要件を該当させる保護者の氏名を記入し、当てはまる続柄を選択する。

〈②医師記入欄〉

保育ができないと見込まれる期間

「保育ができないと見込まれる期間」は病気等の完治日ではない。
※「保育ができないと見込まれる期間」は必ず始期と終期を記載すること。

介護・看護の必要の有無

対象者の看護・介護の必要性について、当てはまる項目にチェックを記入する。

介護を必要とする期間

看護・介護の必要性がある場合に記入する。
「介護を必要とする期間」は病気等の完治日ではない。
※「介護を必要とする期間」は必ず始期と終期を記載すること。

証明書発行機関の証明欄

医師が記入する(押印不要)。

〈③保護者申立欄〉

以下の障がい者手帳等がある場合は記入する。(②医師記入欄の記入は不要)

- ・身体障がい者手帳(1級・2級・3級のみ可)
- ・療育手帳(A判定・B判定のみ可)
- ・精神障がい者保健福祉手帳

対象者氏名・生年月日

対象となる保護者の氏名・生年月日を記入する。

児童と対象者との続柄

児童と対象となる保護者の続柄にチェックを記入する。

添付書類

障がい者手帳等がある場合は、該当する手帳にチェックを記入し、手帳等の写しを本書類に添付する。

(問合せ先) 豊田市役所 保育課 <直通> 0565-34-6809