様式第３号

**病気・障がい証明書（認証保育所）**　　 　　　　　　　【病気・障がい】

下記の該当する箇所を記入してください。

病院（医院）所在地:

病院（医院）名:

医師氏名:

電話番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **医師記入欄** | 項目 | 記入欄 | |
| 医師が記入する場合 | | |
| 対象者氏名 |  | 児童から見た対象者の続柄  □１　父　　□４　祖母  □２　母　　□５　その他（　）  □３　祖父 |
| 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、  □１　不可能と認める(入院を要するため)。  □２　短時間でも不可能と認める。  □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、  □ない  □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。）  □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 | | |
| ②**保護者申立欄** | 障がい者手帳がある場合 | | |
| 対象者氏名 |  | 児童から見た対象者との続柄  □１父　　　□４　祖母  □２母　　　□５　その他 （ 　）  □３　祖父 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 添付書類 | 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。  □身体障がい者手帳（１級・２級・３級）　　 □精神障がい者保健福祉手帳  □療育手帳（A判定・B判定） | |

※　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（例：母が病気で、父が母の看護をする場合）。ただし、**「病気・障がい証明書」に「看護・介看護の必要はない」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**。

r

**《 医師の方へ 》**

**この診断書或いは、同内容を具備する診断書で、証明をお願いいたします。**

《保護者の方へ》

この証明書は認証保育所交付金における要保育児童の要件を確認する以外には使用しません。

プライバシーに関する事項もありますので、必要な方は、封筒に入れるなどして提出してください。

押印は不要ですが、適正管理のために上記内容について病院に確認することがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名称 | 児童氏名 |  | （児童と診断書対象者又は介護者との続柄) |
|  |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

豊田市　こども・若者部　保育課

様式第３号

**病気・障がい証明書（認証保育所）**　　 　　　　　　　【病気・障がい】

**記入例**

下記の該当する箇所を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **①　医師記入欄** | 項目 | 記入欄 | |
| 医師が記入する場合 | | |
| 対象者氏名 | **豊田　太郎** | 児童から見た対象者の続柄  ■１　父　　□４　祖母  □２　母　　□５　その他（　）  □３　祖父 |
| 生年月日 | **平成〇〇年　△△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、  □１　不可能と認める(入院を要するため)。  ■２　短時間でも不可能と認める。  □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、  □ない  □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。）  □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 | | |
| ②**保護者申立欄** | 障がい者手帳がある場合 | | |
| 対象者氏名 |  | 児童から見た対象者との続柄  □１父　　　□４　祖母  □２母　　　□５　その他 （ 　）  □３　祖父 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 添付書類 | 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。  □身体障がい者手帳（１級・２級・３級）　　 □精神障がい者保健福祉手帳  □療育手帳（A判定・B判定） | |

※　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（例：母が病気で、父が母の看護をする場合）。ただし、**「病気・障がい証明書」に「看護・介看護の必要はない」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**。

r

保護者の病気の場合は、保護者と児童との続柄を記入。介護の場合は、介護者と児童との続柄を記入。

障がい者手帳がある場合に記入してください。

家族を介護する場合に記入してください。

保護者の病気の場合に記入してください。

病院（医院）所在地:　 **豊田市××町○○丁目△△番地**

病院（医院）名:　　　　**ひまわりクリニック**

医師氏名:　　　　　　　**愛知　太郎**

電話番号：　　　　　　**○○○○―○○―○○○○**

**《 医師の方へ 》**

**この診断書或いは、同内容を具備する診断書で、証明をお願いいたします。**

《保護者の方へ》

この証明書は認証保育所交付金における要保育児童の要件を確認する以外には使用しません。

プライバシーに関する事項もありますので、必要な方は、封筒に入れるなどして提出してください。

押印は不要ですが、適正管理のために上記内容について病院に確認することがあります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名称 | 児童氏名 | **豊田　一郎** | 児童と付添い者  との続柄 |
| **〇〇〇園** | **母** |
| 生年月日 | **令和〇〇年△△月××日** |

豊田市　こども・若者部　保育課