

看護・介護証明書

令和6年度用

【看護・介護】R5.9~



ATESTADO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM · CUIDADOR(ANO LETIVO 2024) [ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM · CUIDADOR]

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:

| | | | | | |
|--|---|------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------|
| Campos a serem preenchidos pelo responsável. | ① 保護者記入欄 | 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 1 Pai <input type="checkbox"/> 2 母 2 Mãe <input type="checkbox"/> 3 祖父 3 Avô <input type="checkbox"/> 4 祖母 4 Avó <input type="checkbox"/> 5 その他 () 5 Outros () | | | | |

| | | |
|--|-----------|--|
| 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"/> 4 祖母 <input type="checkbox"/> 2 母 <input type="checkbox"/> 5 その他 () <input type="checkbox"/> 3 祖父 |
| | 生年月日 | |
| | 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 |
| | | 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) |
| 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: _____ | | |

| | |
|--|--|
| Campos a serem preenchidos pelo responsável. | 看護・介護申立欄 ※ 2 (SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM · CUIDADOR) |
| | 私は、上記②で介護等が必要と診断された対象者を介護・看護します。Prestarei a assistência de enfermagem e cuidador à pessoa do item ② acima, diagnosticada como necessitando de cuidados. Reiwa/ano/mês/dia 令和 年 月 日 (申立者) (Solicitante) |
| | 児童と対象者との続柄 Relação da pessoa que necessita de cuidados com a criança <input type="checkbox"/> 1 父 Pai <input type="checkbox"/> 4 祖母 Avó <input type="checkbox"/> 2 母 Mãe <input type="checkbox"/> 5 その他 Outros () <input type="checkbox"/> 3 祖父 Avô |

* 1 保護者が同居の親族を看護・介護する場合のみ、看護・介護要件に該当します。
 * 2 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。

- O requisito de Assistência de Enfermagem · Cuidador é aplicável somente caso o responsável preste assistência ao familiar que reside junto.
- No seguinte caso, basta que o responsável preencha os campos do item (1) do formulário D. (Por exemplo: Caso o pai esteja cuidando da mãe enferma da criança) e enquadra-se simultaneamente nos requisitos de Doença · Portador de Deficiência e Assistência de Enfermagem · Cuidador e tem certificação emitida pelo mesmo médico. Exceto se, no Atestado de Doença · Portador de Deficiência constar que "não há necessidade da Assistência de Enfermagem · Cuidador".

| | | | | | | |
|--------------------------------|------|--------------------------------------|----|----|-----|----------|
| 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 () | | | | |

【D 看護・介護証明書 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】

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。
3. ②医師記入欄の記入後、保護者が③保護者申立欄を記入する。

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>

看護・介護の必要の有無

対象者の看護・介護の状況について、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」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申立者記入欄>

- ②医師記入欄にて介護等が必要とされた対象者を看護・介護する保護者が記入する。

(問合せ先) 豊田市役所 保育課 <直通> 0565-34-6809