

Declaração de Prestação de Cuidados Assistenciais

豊田市

介護申立書（放課後児童クラブ用）

【④病人・けが人の介護・看護】ポルトガル語

Veja o modelo de preenchimento no verso.

① A ser preenchido pelo responsável (保護者) 記入欄	Responsável que zela por enfermo 介護者	Declaro que preciso prestar cuidados assistenciais em tempo integral à pessoa abaixo. 私は、下記のとおり介護が必要と診断された診断書対象者を介護・看護します。 Data: 年 月 日 Nome do(a) Responsável (申立者) 保護者氏名		
	Paciente 診断書 対象者	Nome 氏名	Parentesco do(a) paciente com a criança 児童と診断書対象者との続柄	
		Data de nascimento 生年月日	西暦 年 月 日	Pai 父/Mãe 母/Avô 祖父/Avó 祖母/ Outro 他 () da criança
Endereço 住所				
② A ser preenchido pelo Médico (Se a cópia da Carteira de Deficiente for anexada: a ser preenchido pelo(a) responsável) 医師 (手帳を貼付の場合は保護者) 記入欄	病名・状況等 Nome da enfermidade, sintomas etc. ※上段に病名を記入し、 介護が必要と見込まれる 期間を記入してください。 書き、Escreva também o período necessário para o tratamento dessa enfermidade ou sintomas	病名記入欄 Nome da enfermidade 上記の診断書対象者は、上記病気のため、 日常生活において介護・観察が必要と認める。 Atesto para os devidos fins que a pessoa supracitada necessita de cuidados assistenciais em tempo integral. 【介護が必要と見込まれる期間】 Período de cuidados* ※この期間のみ参加が可能*Período que a criança poderá frequentar De (ano/mês/dia): 年 月 日 ~ Até (ano/mês/dia): 年 月 日		
	O(a) Responsável ou o(a) medico(a) devem preencher o campo adequado. 以下のいずれかを記入してください。			
③ A ser preenchido pelo Médico (Se a cópia da Carteira de Deficiente for anexada: a ser preenchido pelo(a) responsável) 医師 (手帳を貼付の場合は保護者) 記入欄	Responsável 保護者記入欄	Campo reservado ao Médico 医師記入欄		
	Declaro que não tenho condições de zelar pela minha criança devido ao motivo acima descrito. 上記のとおり保育が不可能であることを申し立てます。	上記のとおり診断します。		
	Declarante 申出者 Data (ano/mês/dia) 西暦 年 月 日 Nome do Responsável 保護者氏名	【証明者】 西暦 年 月 日 病院（医院）所在地 病院（医院）名 医師名 電話番号		

《医師の方へ》

この診断書もしくは、同内容を具備する診断書での証明をお願いいたします。

Srs. Responsáveis

- ※ Caso o paciente possua a Caderneta de Deficiência Física (Shintai Shogai Techo) nível 1 ou 2 ou 3; a Carteira de Desenvolvimento Intelectual (Ryoiku Techo) nível A ou B; ou a Carteira de Tratamento para Portadores de Distúrbios Psiquiátricos (Seishin Shogaisha Hoken Fukushi Techo), por favor, anexe cópia da caderneta. Neste caso, os campos que deveriam ser preenchidos por um médico podem ser preenchidos pelo(a) responsável.
- ※ **As condições acima descritas serão verificadas periodicamente.**
- ※ As informações aqui constantes serão utilizadas única e exclusivamente para fins de participação no Programa.
- ※ Comunique imediatamente ao clube eventuais alterações nas condições aqui constantes.
- ※ Se desejar privacidade, entregue este Atestado dentro de um envelope.

④ A ser preenchido pelo(a) Responsável 保護者記入欄	Nome da escola 小学校	Série 学 年 年生	Este atestado é do(a): 児童と就労者との続柄
		Nome do(a) aluno(a) 児童氏名	Pai 父/Mãe 母/Avô 祖父/Avó 祖母/ /Outro 他 () da criança

