

ATESTADO DE DOENÇA/PORTADOR DE DEFICIÊNCIA (ANO LETIVO 2027)

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	☐ 1 父 ☐ 2 母 ☐ 3 祖父 ☐ 4 祖母 ☐ 5 その他 () 1 Pai 2 Mãe 3 Avô 4 Avó 5 Outros ()			
添付書類の有無 ※裏面参照 Verificar a presença de documentos anexos no verso.	対象者の要介護認定区分が要介護 3・4・5 とわかる書類又は身体障がい者手帳 1 ・ 2 級、精神障がい者手帳 1 級、療育手帳 A 判定とわかる書類 Documentos que comprovem que o (a) beneficiário (a) está classificado (a) nos níveis de necessidade de cuidados 3, 4 ou 5, ou que possua a Carteira de Deficiente Físico (grau 1 ou 2), (Carteira de Deficiência Mental (grau 1) ou Carteira de Deficiência Intelectual com avaliação tipo A. ☐ 有 SIM ☐ 無 NÃO			

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			
		病院（医院）所在地： 病院（医院）名： 医師氏名： 電話番号：	

Solicitação de Assistência. Campos a serem preenchidos pelo responsável.	障がい者手帳がある場合 Caso possua a Carteira de Portador de Deficiência		
	対象者氏名 Nome do portador		児童から見た対象者との続柄 Relação do portador da Carteira com a criança ☐ 1 父 Pai ☐ 4 祖母 Avó ☐ 2 母 Mãe ☐ 5 その他 Outros () ☐ 3 祖父 Avô
	生年月日 Ano/mês/dia de nascimento	年 月 日 -----	
	手帳の種類 Tipo de carteira	該当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て添付してください。 Marcar o tipo de carteira correspondente, tirar a cópia e anexar neste documento pregando com grampeador. ☐ 身体障がい者手帳（１級・２級・３級） Carteira de Portador de Deficiência Física (grau 1, 2 e 3). ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 Carteira de Tratamento de Portador de Distúrbios Mentais. ☐ 療育手帳（Ａ判定・Ｂ判定） Carteira de Portador de Deficiência Mental (estágio A ou B).	

※ 保護者が「病氣・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「病氣・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、「病氣・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。

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 ()					

【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して添付する。
- ※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（兄弟児が同一園の場合、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。

添付書類の有無

対象者の要介護認定区分が要介護3・4・5とわかる書類又は又は身体障がい者手帳1・2級、精神障がい者手帳1級、療育手帳A判定とわかる書類を添付すると入園調整時の優先順位が上がる。提出する場合は「有」に、提出しない場合は「無」にチェックする。

＜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。

手帳の種類

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