

病気・障がい証明書 令和9年度用 (スペイン語)

Certificado de Enfermedad/Discapacidad (año escolar 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。

Por favor, complete las secciones correspondientes del siguiente formulario, consultando las instrucciones al reverso.



Sección para el responsable ① 保護者記入欄	児童名 Nombre del niño	生年月日 Fecha de nacimiento	学齢 Edad escolar	園名 Nombre de la institución (Kodomoen/guardería/jardín de infancia)
		年 月 日 año mes día	歳児 años	園 En
		年 月 日 año mes día	歳児 años	園 En
		年 月 日 año mes día	歳児 años	園 En
		年 月 日 año mes día	歳児 años	園 En
保護者氏名 Nombre del responsable				
児童から見た保護者の続柄 Relación del responsable con el niño		☐ 1 父 ☐ 2 母 ☐ 3 祖父 ☐ 4 祖母 ☐ 5 その他 () 1. Padre 2. Madre 3. Abuelo 4. Abuela 5. Otros ()		
添付書類の有無 ※裏面参照 Documentación adjunta Para más detalles, consulte el reverso.		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 acrediten que el responsable del niño ha sido clasificado con el nivel 3, 4 o 5 de necesidad de cuidados, o • Documentos que acrediten la posesión de una las siguientes libretas: Libreta para Personas con Discapacidad Física (grado 1 o 2)/Libreta de Salud y Bienestar para Personas con Trastornos Mentales (grado 1)/Libreta para Personas con Discapacidad Intelectual (categoría A) ¿Adjunta uno de estos documentos? ☐ 有 Sí. ☐ 無 No.		

Sección para el médico ② 医師記入欄	項目	記入欄
	医師が記入する場合	
	対象者氏名	児童と対象者との続柄 ☐ 1 父 ☐ 2 母 ☐ 3 祖父 ☐ 4 祖母 ☐ 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、 ☐ 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:	

Sección para el responsable ③ 保護者申立欄	障がい者手帳がある場合 Si tiene alguna libreta para personas con discapacidad, complete la siguiente información:	
	対象者氏名 Nombre del titular	児童と対象者との続柄 Relación del titular con el niño ☐ 1 父 Padre ☐ 2 母 Madre ☐ 3 祖父 Abuelo ☐ 4 祖母 Abuela ☐ 5 その他 Otros ()
	生年月日 Fecha de nacimiento	Año Mes Día 年 月 日
手帳の種類 Tipo de libreta		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。 Marque con ☑ el tipo de su libreta y engrampe la copia de la misma a este formulario. ☐ 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 Libreta para Personas con Discapacidad Física (grado 1, 2 o 3) Libreta de Salud y Bienestar para Personas con Trastornos Mentales ☐ 療育手帳(A判定・B判定) Libreta para Personas con Discapacidad Intelectual (categoría A o 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(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。

Si los responsables cumplen con los requisitos tanto de enfermedad/discapacidad como de cuidado de un familiar enfermo o mayor, y ambos son certificados por el mismo médico, el formulario D será válido con solo completar la sección correspondiente al responsable, siempre y cuando se presente junto con el formulario C emitido por el mismo médico (por ejemplo, la madre está enferma y el padre la cuida). **No obstante, si en el formulario C se indica que "no requiere de cuidados", no se considerará que cumple con el requisito de cuidado.**

園記入欄 Campos para el Kodomoen	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 ()				

【Instrucciones de llenado del formulario C: Certificado de Enfermedad/Discapacidad】

【C 病気・障がい証明書 記入要領】(スペイン語版)

医師の方へ (información para el médico)

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。

A los Sres. responsables:

- Para una gestión adecuada del Kodomoen, podrá realizarse una verificación detallada de la información presentada.
- Los responsables no pueden modificar la información completada por el médico.
- Si hay algún cambio en la información certificada, notifique de inmediato al Kodomoen.
- Dado que el certificado contiene información privada, si lo considera necesario, preséntelo en un sobre cerrado.
- La información proporcionada se usará exclusivamente para verificar el cumplimiento de los requisitos de admisión.

【記入の流れ Cómo llenar el formulario】

〈医師が記入する場合〉(información para el médico)

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。

〈Para personas que tienen la Libreta para Personas con Discapacidad〉障がい者手帳がある場合

1. Complete la sección ① (sección para el responsable).
 2. Después, complete también la sección ③ (sección para el responsable).
 3. Engrame una copia de la libreta al presente formulario.
- ※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。
Si adjunta una copia de la libreta, no es necesario que el médico complete la sección ②.

記入内容・方法については、以下のとおりとする。

Por favor, lea las siguientes instrucciones antes de completar el formulario.

〈① Sección para el responsable〉保護者記入欄

Nombre del niño/Nombre de la institución

En caso de nuevo ingreso o cambio de la institución, escriba el nombre de la institución de su 1.ª opción. Si su hijo/a ya está matriculado/a, escriba su institución actual.

Si tiene más de un hijo para inscribir, escriba el nombre de cada uno en el campo "Nombre del niño". Así no tendrá que presentar un certificado por separado para cada uno. Sin embargo, si desea inscribir a un hijo a mitad del ciclo escolar y tiene otro hijo ya matriculado en una institución, deberá presentar certificados por separado: uno para el niño de nuevo ingreso, que deberá presentar a la División de Administración de Guarderías y Jardines Infantiles [*Hoiku-ka*], y otro para el hermano ya matriculado, que deberá presentar a su Kodomoen actual (se aceptan copias).

Nombre del responsable

Escriba el nombre del responsable cuya enfermedad o discapacidad justifica la solicitud de inscripción de su hijo. Marque con una ☒ la relación de esa persona con el niño.

Documentación adjunta

Adjuntando uno de los siguientes documentos, podrá aumentar su prioridad en la selección para la asignación de plazas. Si va a adjuntar uno de estos documentos, marque "Sí" con ☒; de lo contrario, marque "No".

- Documentos que acrediten que el responsable del niño ha sido clasificado con el nivel 3, 4 o 5 de necesidad de cuidados, o
- Documentos que acrediten la posesión de una las siguientes libretas: Libreta para Personas con Discapacidad Física (grados 1 o 2)/Libreta de Salud y Bienestar para Personas con Trastornos Mentales (grado 1)/Libreta para Personas con Discapacidad Intelectual (categoría A)

〈②医師記入欄〉(información para el médico)

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 Sección para el responsable〉保護者申立欄

Si tiene una de las siguientes libretas para personas con discapacidad, complete esta sección. (No es necesario que el médico complete la sección ②.)

- Libreta para Personas con Discapacidad Física (grado 1, 2 o 3)
- Libreta para Personas con Discapacidad Intelectual (categoría A o B)
- Libreta de Salud y Bienestar para Personas con Trastornos Mentales

Nombre del titular/Fecha de nacimiento

Escriba el nombre del titular de la libreta y su fecha de nacimiento.

Relación del titular con el niño

Marque con ☒ la relación entre el titular de la libreta y el niño.

Tipo de la libreta

Marque con ☒ el tipo de su libreta y engrame la copia de la misma a este formulario.

(問合せ先) 豊田市役所 保育課 <直通> 0565-34-6809
Contacto: Municipalidad de Toyota, División de Administración de Guarderías y Jardines Infantiles [*Hoiku-ka*] Número directo: 0565-34-6809