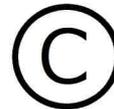


病気・障がい証明書 令和7年度用 (スペイン語) 【病気・障がい】 R6.9~
Certificado de Enfermedad/Discapacidad (año escolar 2025)



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。
Llene este formulario siguiendo las instrucciones de llenado que se encuentran al reverso.

① 保護者記入欄 Campos a ser llenados por el responsable	児童名 Nombre del niño	生年月日 Fecha de nacimiento	学齢 Edad escolar	園名 Nombre de la institución (guardería/jardín infantil)
		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		<input type="checkbox"/> 1 父 <input type="checkbox"/> 2 母 <input type="checkbox"/> 3 祖父 <input type="checkbox"/> 4 祖母 <input type="checkbox"/> 5 その他 () 1. Padre 2. Madre 3. Abuelo 4. Abuela 5. Otros ()		

② 医師記入欄 Campos a ser llenados por el médico	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"/> 2 母 <input type="checkbox"/> 3 祖父 <input type="checkbox"/> 4 祖母 <input type="checkbox"/> 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、 <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
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、 <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) ----- 【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:		

③ 保護者申立欄 Campos a ser llenados por el responsable (sobre la Libreta para Personas con Discapacidad)	障がい者手帳がある場合 Si tiene la Libreta para Personas con Discapacidad, por favor, escriba los siguientes datos.	
	対象者氏名 Nombre del titular	児童と対象者との続柄 Relación del titular con el niño <input type="checkbox"/> 1 父 Padre <input type="checkbox"/> 2 母 Madre <input type="checkbox"/> 3 祖父 Abuelo <input type="checkbox"/> 4 祖母 Abuela <input type="checkbox"/> 5 その他 Otros ()
	生年月日 Fecha de nacimiento	
添付書類 Documentos a ser anexados	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。 Marque con <input checked="" type="checkbox"/> la libreta que tiene y engrampe la copia de la libreta a este Formulario. <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 (1級・2級・3級) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 Libreta para Personas con Deficiencia Física (Grado 1, 2 y 3) Libreta de Salud y Bienestar para Personas con Disturbios Mentales <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A判定・B判定) Libreta para Personas con Discapacidad Intelectual (Categoría A y 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。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。Para familias cuyo motivo de la inscripción sea por "Enfermedad/discapacidad" y "Cuidado del familiar enfermo/mayor" (p.ej.: la madre del niño está enferma y su esposo (padre del niño) necesita cuidarla.): si el médico certifica en el presente Formulario C que "El/la paciente necesita asistencia de otra persona.", y los responsables presentan ese Formulario junto con el Formulario D "Certificado de Cuidado del Familiar Enfermo/Mayor", el Formulario D será aceptado sólo con el que está llenado por el responsable, siempre y cuando sea el mismo médico el encargado de los dos Formularios. **Sin embargo, cuando el médico certifique en el Formulario C que "El/la paciente NO necesita de asistencia.", no será posible hacer la inscripción por motivo de "Cuidado del familiar enfermo/mayor".**

Por favor, verifique las instrucciones de llenado que se encuentran al reverso.

園記入欄 Campos llenados por el Edomdoen	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,

- Con el fin de que la administración del Kodomoen sea más correcta, podrá realizarse una investigación sobre la información presentada por los responsables.
- El responsable no podrá modificar los datos anotados por el médico.
- Cuando haya algún cambio en los datos informados a través del Certificado, por favor, comuníquese inmediatamente con el Kodomoen.
- Debido a que este documento contiene información privada, si desea, coloque el Formulario dentro de un sobre.
- La información de este documento se utilizará única y exclusivamente para verificar el cumplimiento de los requisitos para la matrícula.

【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. Llène “①Campos a ser llenados por el responsable”.
 2. Después, llene también el “③Campos a ser llenados por el responsable (sobre la Libreta para Personas con Discapacidad)”, si fuera el caso.
 3. Engrampe la copia de la Libreta al 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 anexa la copia de la Libreta, no será necesario que el médico llene “② Campos a ser llenados por el médico”.

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 para llenar el Formulario.

<① Campos a ser llenados por el responsable> 保護者記入欄

Nombre del niño

En caso de nuevo ingreso o cambio de la institución, escriba el nombre de la institución de su 1.^a opción en el "Nombre de la institución". Si el niño ya está matriculado, escriba el nombre de la institución a la que el niño está asistiendo actualmente.

En caso de tener más de un niño para matricularse, escriba el nombre de todos los niños en el campo de "Nombre del niño" (no es necesario presentar el Formulario de forma separada para cada niño). Sin embargo, en caso de solicitar la matrícula en el transcurso del año escolar para

nuevo ingreso de un niño y para hermano(s) que ya está(n) matriculado(s), deberá presentar el Formulario separadamente para cada caso. Lugar de presentación del Formulario: niños para nuevo ingreso, a la División de Administración de Guarderías y Jardines Infantiles [*Hoikuka*]; niños que ya están matriculados, a la institución a la que el niño está asistiendo (se aceptan copias).

Nombre del responsable

Escriba el nombre del responsable cuya situación (enfermedad/discapacidad) sea el motivo para la inscripción. Marque con la relación de esa persona con el niño.

<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)。

<③Campos a ser llenados por el responsable (sobre la Libreta para Personas con Discapacidad)>

保護者申立欄

Si tiene una de las siguientes Libretas para Personas con Discapacidad, por favor, escriba los datos necesarios (no es necesario llenar “② Campos a ser llenados por el médico”).

- Libreta para Personas con Deficiencia Física (sólo los Grados 1, 2 y 3)
- Libreta para Personas con Discapacidad Intelectual (sólo las Categorías A y B)
- Libreta de Salud y Bienestar para Personas con Disturbios 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 con el niño del titular de la Libreta.

Documentos a ser anexados

Marque con la libreta que tiene y engrampe la copia de la libreta a este Formulario.

(問合せ先) 豊田市役所 保育課 <直通> 0565-346809

Información: División de Administración de Guarderías y Jardines Infantiles [*Hoikuka*],
Municipalidad de Toyota [Número directo: 0565-34-6809]