



To be filled out by the guardian ① 保護者記入欄	児童名 Child's name		生年月日 D.O.B.		学齢 School age	園名 Childcare facility
			年 月 日 Y M D		歳児 Y/O	園
			年 月 日 Y M D		歳児 Y/O	園
			年 月 日 Y M D		歳児 Y/O	園
	保護者氏名 Guardian's name					
児童から見た保護者の続柄 Guardian's relationship to the child		<input type="checkbox"/> 1 父 1 Father <input type="checkbox"/> 2 母 2 Mother <input type="checkbox"/> 3 祖父 3 Grandfather <input type="checkbox"/> 4 祖母 4 Grandmother <input type="checkbox"/> 5 その他 ( ) 5 Other ( )				

To be filled out by the doctor 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 <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: _____		

Guardian's declaration ③ 保護者申立欄	障がい者手帳がある場合 For those who have Disabled Person's Booklet [SHOGAISHA TECHO]	
	対象者氏 Name of the disabled	児童と対象者との続柄 Relationship to the child <input type="checkbox"/> 1 父 Father <input type="checkbox"/> 2 母 Mother <input type="checkbox"/> 3 祖父 GFa <input type="checkbox"/> 4 祖母 GMo <input type="checkbox"/> 5 その他 Other ( )
	生年月日 D.O.B.	
	添付書類 Document that is being attached	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て添付してください。 Please check the box corresponding to the booklet you are attaching, and staple a copy to this form. <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 Physically disabled person's booklet (Grade 1, 2 or 3)    Mentally disabled person's health and welfare booklet <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A判定・B判定) Intellectually disabled person's booklet (Category A or 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。

※If the reason for enrollment is "Illness/Disability (C)" and "Taking care of ill or injured family member/Looking after an aged relative (D)" (Example of situation: When the mother is sick and the father takes care of the mother) and you are going to have the same doctor fill in both Forms C and D, it is possible to present the form D with only the fields that have to be filled out by the guardian (① and ③), on the condition that it is submitted together with the form C certified by the doctor. However, you will be deemed NOT to fall under the requirements for "Taking care of ill or injured family member/Looking after an aged relative D" if the doctor judges and checks the box that says there is no need for nursing care or caregiving.

園記入欄 Preenchido pela Creche	園「ト」	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 Points to Note When Filling In the Certificate of Illness/Disability 病気・障がい証明書 記入要領（英語）】

医師の方へ TO THE DOCTOR

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。

TO THE PARENT & GUARDIAN

- ・We may check the contents to ensure a proper management.
- ・Parents/guardians are not allowed to correct the information filled out by the doctor themselves.
- ・If there is any change in the contents of the certificate, please contact the facility immediately.
- ・Submit the form enclosed in an envelope, if you feel necessary to ensure privacy.
- ・The information provided in the form will be used solely for the purpose of verifying enrollment qualification.

### 【Fields to fill out for each case】

#### <Those who are going to ask the doctor to fill in>

1. The field '① To be filled out by the guardian' must be filled out by the guardian
  2. Please ask the doctor to fill in the field '② To be filled out by the doctor'
- ※There is no need to fill out the field '③ Guardian's declaration' if you are asking the doctor to fill in the field '② To be filled out by the doctor'

#### <Those who have Disabled Person's Booklet>

1. The field '① To be filled out by the guardian' must be filled out by the guardian
  2. The field '③ Guardian's declaration' must be filled by the guardian
  3. Staple a copy of the Disabled Person's Booklet to this form
- ※If you attach a copy of the Disabled Person's Booklet, there is no need to have the doctor fill in the field ②.

THE FOLLOWING ARE THE POINTS TO CONSIDER WHEN FILLING OUT THE FORM

#### <About the ① guardian's entry field>

##### Child's name

Please enter the name of the first choice childcare facility if you are applying for enrollment or transfer, and the name of the current facility if your child is already enrolled.

If there is more than one child, write down their names in the Child's Name column (There is no need to submit multiple declarations). However, the place of submission of the document will be different for each situation. In case there is a child already attending a childcare facility at the time of application for mid-term enrollment of

another child, submit one certificate to the childcare facility where the child is currently attending and the other one to the Nursery School and Kindergarten Management Division [HOIKU-KA] for the child applying for new enrollment (Copies are acceptable).

##### Guardian's name

Enter the name of the guardian to whom this requirement applies and check the corresponding box indicating his/her relationship to the child.

#### <②医師記入欄> (Information to the doctor)

##### 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）。

#### <About the ③ Guardian's declaration field>

If you have any of the following booklets, please enter information (In that case, there is no need to ask a doctor to fill in field ②)

- ・Physically disabled person's booklet (Only grades 1, 2 or 3)
- ・Intellectually disabled person's booklet (Only categories A or B)
- ・Mentally disabled person's health and welfare booklet

##### Name and date of birth of the disabled person

Enter the name and date of birth of the disabled guardian.

##### Relationship of the disabled person to the child

Check the corresponding box.

##### Document that is being attached

If you have a Disabled Person's Booklet, please check the box corresponding to the booklet you are attaching and staple a copy to this form.

(Information)

Toyota City Hall – Nursery School and Kindergarten Management Division [HOKEN-KA]

<Tel> 0 5 6 5 - 3 4 - 6 8 0 9