

Entregue com esta folha acima de todas as outras

Lista de checagem para solicitação de uso de estabelecimentos de cuidados (Autorização tipo 2 · 3)

| Estabelecimento de 1ª opção | Data de nascimento | Nome da criança |
|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| | . | . |

Fronte : Leia no 「Informativo de matrícula」 sobre os detalhes dos documentos a serem entregues, e cheque na tabela abaixo para evitar falta de anexo.

Verso : Confira todos os itens, cheque e assine concordamos com os termos.

| Documentos que todos devem entregar | Documentos necessários | | (Todos) Check de anexo | | Preenchimento da prefeitura | |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----|
| | Motivos dos cuidados | Documentos que comprovam necessidade dos cuidados | Pai | Mãe | Pai | Mãe |
| Documentos que todos devem entregar | ① Lista de checagem para solicitação de uso de estabelecimentos de cuidados (Este papel) ※ Não esqueça de preencher o verso | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ② Formulário de solicitação de aprovação de subsídio de ensino e cuidados infantis | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ③ Formulário de solicitação de uso dos estabelecimentos infantis (2 vias do mesmo formulário, pode ser cópia.) | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ④ Cópia do cartão do Mynumber dos responsáveis (Necessário Pai e mãe) | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | ⑤ Documento que comprove a necessidade de cuidados (Necessário 1 via do Pai e 1 da mãe) | | | | | |
| | Trabalho | (Funcionário) Atestado de Trabalho (Formato número 1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Trabalho | (Autônomo) Atestado de Trabalho (Formato número 1) e também Documento que comprove a situação da empresa (Cópia da declaração de imposto de renda, declaração de abertura de comércio etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Gravidez/Parto | Cópia da caderneta de maternidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Enfermidade/Deficiência | Atestado médico (Formato número 2) e também Cópia da caderneta de deficiência física ou intelectual ※ Apenas quem possuir a caderneta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | Cuidado/enfermagem de familiar | Atestado médico (Formato número 2) e também Cópia da caderneta de deficiência física ou intelectual ※ Apenas quem possuir a caderneta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Busca de emprego | Declaração de busca de emprego (Formato número 3) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Estudos | Documento que conste horas mensais/período de inscrição (Certificado escolar/Quadro de horários escolar, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Licença parental | (Caso de acordo com as normas de enfermagem e cuidados ou de funcionários públicos locais) | Cópia do documento que comprove o período de licença (Carta de nomeação emitida pelo empregador, atestado de trabalho constando período de licença e data de retorno) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | (Fora o caso citado acima) | Declaração (Formato número 4) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

| Documentos necessários aos que se enquadram | Documentos necessários | Pessoas quais se enquadram (Mais detalhes conferir 「Informativo de matrícula」) | (Apenas a quem se enquadra) Cheque de anexo | Preenchimento da Prefeitura |
|---|--|---|---|-----------------------------|
| | Documentos necessários aos que se enquadram | Ⓐ Cópia do Zairyu Card (Fronte e verso) ※ Todos da família da criança solicitante que tem cartão de residência (Mesmo que morem separados mas no mesmo terreno ou ao lado.) | • Estrangeiros no geral | <input type="checkbox"/> |
| | Ⓑ Declaração de famílias com muitos filhos | Os que cumprem os 2 requisitos abaixo • Deseja entrar na classe de 0 á 2 anos • Cuida de mais de 2 filhos (Limitado a idades até o primeiro dia 31/Março após completar 22 anos) No entanto, aos que já têm irmãos frequentando ou irão fazer inscrição simultânea, não é necessário entregar | <input type="checkbox"/> | |
| | Ⓒ Formulário de solicitação/Procuração do subsídio relacionado a merenda | Os que cumprem os 2 requisitos abaixo • Deseja entrar na classe de 3 á 5 anos • Cuida de mais de 2 filhos (Limitado a idades até o primeiro dia 31/Março após completar 22 anos) No entanto, aos que já têm irmãos frequentando ou irão fazer inscrição simultânea, não é necessário entregar | <input type="checkbox"/> | |
| | Ⓓ Certificado de matrícula em estabelecimento de cuidados ou Declaração de situação da matrícula de estabelecimento de cuidados | Os que cumprem os 2 requisitos abaixo • 0 motivo de cuidados ser 「Cuidados/enfermagem de familiar」 • 0 irmão(a) da criança solicitante estar utilizando um estabelecimento de apoio de crianças com deficiência | <input type="checkbox"/> | |
| | Ⓔ Folha de pesquisa da situação de crianças que necessitam de cuidados de apoio especiais (Crianças que solicitarão a primeira vez) | • Os que desejam utilizar os cuidados de apoio especiais | <input type="checkbox"/> | |
| | Ⓕ Atestado de residência ※ Atestado familiar, constando o chefe da família e parentesco ※ Atestado da cidade qual reside no momento da inscrição | • Os que residem fora de Toyohashi no momento da inscrição | <input type="checkbox"/> | |

※ Caso houver falhas de preenchimento no atestado de trabalho, além de haver possibilidade de não conseguir aprovar a necessidade de cuidados, também pode influenciar na pontuação da necessidade de cuidados.

※ Caso os dados preenchidos nos formulários de inscrição falte com a verdade, haverá a possibilidade de cancelar a aprovação do subsídio de ensino e cuidados infantis, e também da pré e aprovação do uso de estabelecimentos de cuidados.

Continua no verso

| No. | 申込にあたっての確認事項 | Checagem dos responsáveis |
|-----|---|---|
| ① | <p>Você visitou/consultou todos os estabelecimentos desejados, recebeu a explicação e compreendeu sobre a política educacional e de cuidados, horário de funcionamento, taxas a serem cobradas, etc.?</p> <p>Favor preencher a data qual recebeu a explicação de cada estabelecimento. ※Pode haver confirmações ou consultas do município ao estabelecimento referente aos dados preenchidos na lacuna a direita.</p> | <p><input type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não</p> <p>【Dia que recebeu a explicação】</p> <p>1ª Opção : Ano Mês Dia 2ª Opção : Ano Mês Dia 3ª Opção : Ano Mês Dia 4ª Opção : Ano Mês Dia 5ª Opção : Ano Mês Dia</p> <p>※Aos que têm mais de 6 opções, favor preencher a data que recebeu a explicação no documento em que preencher o nome dos estabelecimentos.</p> |
| ② | <p>Confirmou a idade de ingresso de todos os estabelecimentos? (Confira na página oficial do município ou consulte diretamente o estabelecimento.)</p> | <input type="checkbox"/> Confirmei |
| ③ | <p>Confirmou se não há erros ou falta de preenchimento no atestado de trabalho?</p> | <input type="checkbox"/> Confirmei |
| ④ | <p>Começando pelo formulário de solicitação para o uso de estabelecimento de cuidados, os dados preenchidos não faltam com a verdade?</p> | <input type="checkbox"/> Não diferem da verdade |
| ⑤ | <p>Tem verdadeiramente desejo de matrícula, não se inscrevendo apenas para receber a notificação de espera?</p> | <input type="checkbox"/> Meu objetivo não é receber a notificação de espera |
| ⑥ | <p>Caso de inscrição simultânea de irmãos, favor escolher entre as opções A~E de acordo com a explicação descrita no 「Informativo de matrícula」 . ※Favor conferir se ambos os irmãos escolheram a mesma opção.</p> | <p>A : <input type="checkbox"/> B : <input type="checkbox"/> C : <input type="checkbox"/> D : <input type="checkbox"/> E : <input type="checkbox"/> Sem preferência : <input type="checkbox"/> Não é uma inscrição simultânea : <input type="checkbox"/></p> |
| ⑦ | <p>É uma inscrição para fazer transferência? ※Em caso de transferência, será cancelada a matrícula do estabelecimento atual. (Apenas para estabelecimentos reconhecidos.)</p> | <p><input type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não</p> <p>【Estabelecimento atual : 】</p> |
| ⑧ | <p>Responda apenas os que escolherem 「Sim」 na questão ⑦. Já avisou ao estabelecimento atual o desejo de sair? ※Aos que ainda não avisaram, favor avisar o mais breve possível</p> | <input type="checkbox"/> Já avisei o estabelecimento atual |
| ⑨ | <p>Irá se inscrever para cuidados de apoio especiais? ※Caso 「Sim」 será necessário que todos os estabelecimentos de escolha sejam restritos aos cuidados especiais (Ver no 「Informativo de matrícula」)</p> | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| ⑩ | <p>Está grávida no momento? ※Pode haver a necessidade de comprovar carga horária de trabalho após matrícula.</p> | <p><input type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não</p> <p>【Data do parto : Ano Mês Dia】</p> |
| ⑪ | <p>O estabelecimento de cuidados precisa compreender a situação da criança e dos responsáveis, se fazendo necessário garantir uma comunicação fluída entre o estabelecimento de cuidado e os responsáveis. Por tanto, o município de Toyohashi, irá compartilhar as informações necessárias, descritas nos documentos, com o estabelecimento qual já frequenta e ao que deseja ingressar. O município de Toyohashi não compartilhará informações fora do propósito citado acima. E, os estabelecimentos de cuidados não irão utilizar essas informações fora do propósito citado acima. No entanto, as informações descritas no verso do formulário de uso de todos os solicitantes, serão compartilhadas com o estabelecimento quando confirmada a matrícula.</p> | <input type="checkbox"/> Compreendi, e concordo. |

Data de preenchimento Reiwa Ano Mês Dia

Nome do responsável representante:

Telefone de contato — —