

MODELO DE PREENCHIMENTO  
1ª vez (2・3 Gou Nintei)

2/3 Gou Nintei

Nome do estabelecimento infantil

Escrever o nome do estabelecimento de 1ª escolha.

Subsídio para Cuidados Infantis ▪ Educação Infantil

Solicitação do Subsídio (1ª vez) Alteração ▪ Reemissão )

Notificação de ( Alteração ▪ Atualização ) do Conteúdo da Aprovação do Subsídio

子どものための教育・保育給付 認定（新規・変更・再交付）申請書 認定申請内容（変更・現況）届

Preencher a data de entrega.

Ano R8 mês XX dia XX

Nome do responsável: Souza Da Silva Maria

Exmo. Sr. Prefeito de Toyohashi

(Declarar o nome do responsável que entregará a solicitação no estabelecimento infantil)

Conforme segue, venho solicitar (notificar sobre) a aprovação do Subsídio para Cuidados Infantis ▪ Educação Infantil, com o estabelecimento de cuidados infantis, estabelecimento de educação infantil, e outros. (Incluir informações necessárias sobre a composição familiar e imposto municipal (inclusive dos membros da família) e o custo a ser arcado de cuidados infantis, educação infantil, etc., com o estabelecimento de cuidados infantis, estabelecimento de educação infantil, e outros.)

|                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                |                                         |                                 |                          |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Criança                                                | Nome                                                                                                                   | Gênero                                                                                                         |                                         | Relação com o responsável       | Caderneta de Deficiência |
|                                                        | (Katakana) ダシルバ ルカス<br>Da Silva Lucas                                                                                  | (M) F                                                                                                          | Ko (Filho)                              | Tem Não tem                     |                          |
| Responsável (Representante)                            | (Katakana) ダシルバ ペドロ<br>Da Silva Pedro                                                                                  | Ano XXXX mês XX dia XX                                                                                         | 987654321098                            | (Tel.) 090-XXXX-XXXX            |                          |
|                                                        | (Endereço) Toyohashi-shi Imahashi-cho 1 Banchi                                                                         | Preencher o número de telefone que possa entrar em contato de dia. Ex: Celular da mãe, local de trabalho, etc. |                                         |                                 |                          |
| Nº do Cert. de Aprovação                               |                                                                                                                        |                                                                                                                |                                         |                                 |                          |
| Deseja que a criança frequente "Creche ou outros"? (※) | Sim : Solicitação de uso de "Creche ou outros", por motivo de trabalho ou doença do responsável (2Gou ou 3 Gou Nintei) |                                                                                                                |                                         |                                 |                          |
|                                                        | Não : Solicitação de uso de "Jardim de infância ou outros" (1 Gou Nintei)                                              |                                                                                                                |                                         |                                 |                          |
| Alteração                                              | <input type="checkbox"/> Situação familiar                                                                             | <input type="checkbox"/> Motivo de uso dos cuidados                                                            | <input type="checkbox"/> Horário de uso | <input type="checkbox"/> Outros | Motivo da alteração      |
|                                                        |                                                                                                                        |                                                                                                                |                                         |                                 | Motivo da reemissão      |
|                                                        | Rasgou ▪ Sujou ▪ Extraviou                                                                                             |                                                                                                                |                                         |                                 |                          |

- (※) • "Creche ou outros" são: Hoikuen, Nintei Kodomo-En (parte de cuidados), estabelecimentos infantis de pequeno porte, creches domiciliares, visita domiciliar para cuidados infantis e creches corporativas. (Doravante, a mesma definição)
- "Jardim de infância ou outros" são: Youchien e Nintei Kodomo-En (parte educacional).
- Caso tenha circulado "Sim", preencha os dados necessários dos itens ① a ③, caso "Não",

Preencher os dados da situação familiar prevista no dia da matrícula.

① Situação familiar (Família que mora junto + Avós que são de outra unidade familiar mas moram juntos + Irmãos que moram separados mas vivem da mesma renda.)

| Categoria                                                                                        | Nome                                            | Relação com a criança                                                          | Data de nascimento<br>Ano ■ Mês ■ Dia | Gênero                                                                                                                                                                                              | My Number    | Nome do empregador ou escola, série, etc. | Caderneta de Deficiência | Obs.                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Membros da unidade familiar da criança<br>(Exeto a criança a se matricular)                      | (Katakana) ダシルバ ペドロ<br>Da Silva Pedro           | Chichi (Pai)                                                                   | XXXX・XX・XX                            | M                                                                                                                                                                                                   | 987654321098 | Empreiteira OO                            | Tem Não tem              | Mora junto separado |
|                                                                                                  | (Katakana) ソウザ ダシルバ マリア<br>Souza Da Silva Maria | Haha (Mãe)                                                                     | XXXX・XX・XX                            | F                                                                                                                                                                                                   | 234567890123 | Empresa △△                                | Tem Não tem              | Mora junto separado |
|                                                                                                  | (Katakana) ダシルバ バウロ<br>Da Silva Paulo           | Ani (Irmão)                                                                    | XXXX・XX・XX                            | (M) F                                                                                                                                                                                               | 345678901234 | XXX Daigaku, 2 Nen                        | Tem Não tem              | Mora junto separado |
|                                                                                                  | (Katakana) ダシルバ アナ<br>Da Silva Ana              | Ane (Irmã)                                                                     | XXXX・XX・XX                            | M (F)                                                                                                                                                                                               | 456789012345 | XXX Shougakkou, 5 Nen                     | Tem Não tem              | Mora junto separado |
|                                                                                                  | (Katakana) ダシルバ ルイス<br>Da Silva Luís            | Ototo (Irmã ozinho)                                                            | XXXX・XX・XX                            | (M) F                                                                                                                                                                                               | 567890123456 | Mushoku (Desempregado)                    | Tem Não tem              | Mora junto separado |
|                                                                                                  | (Katakana) ダシルバ マリオ<br>Da Silva Mário           | Sofu (Avô)                                                                     | XXXX・XX・XX                            | (M) F                                                                                                                                                                                               | 678901234567 | Hanbai (Vendas)                           | Tem Não tem              | Mora junto separado |
|                                                                                                  | (Katakana) ダシルバ レジーナ<br>Da Silva Regina         | Sobo (Avó)                                                                     | XXXX・XX・XX                            | M (F)                                                                                                                                                                                               |              |                                           | Tem Não tem              | Mora junto separado |
| Família monoparental, favor circular se recebe ou não a ajuda de mãe solteira/pai solteiro, etc. |                                                 | Não recebo Recebo (Início de Recebo a ajuda de mãe solteira/pai solteiro, etc. |                                       | Sim Não                                                                                                                                                                                             |              |                                           |                          |                     |
| Endereço registrado no dia 01/JAN/2024(※)                                                        |                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Em Toyohashi                               |                                       | ※ Para calcular a taxa dos cuidados infantis, caso não for possível confirmar a renda pelo My Number, poderá ocorrer de solicitarmos a apresentação de documentos extras como Kazeishoumeisho, etc. |              |                                           |                          |                     |

② Período desejado.

|                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Período que deseja utilizar o estabelecimento infantil | A partir do ano R8 mês 4 dia 1 até o ano R10 mês 3 dia 31 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

★ Exemplo do período de uso:  
• Gestação/Parto: Desde a data (prevista) do parto até o final do mês das 8 semanas pós-parto.  
• Procura de trabalho: 3 meses, etc.

Quando não há restrição de período: Até antes de ingressar no primário (Shougakkou).

- Criança a matricular entre abril e agosto de 2025: A taxa de cuidados infantis é calculado com base no imposto municipal do ano R6 Nendo (Tributação do imposto do município onde tinha o endereço registrado no dia 01/JAN/2024).
- Criança a matricular a partir de setembro de 2025: A taxa de cuidados infantis é calculado com base ao imposto municipal do ano R7 Nendo (Tributação do imposto do município onde tinha o endereço registrado no dia 01/JAN/2025).

(表面/Frente)

### ③ Motivo da necessidade de uso dos cuidados infantis

✖Favor preencher, caso esteja solicitando a utilização de "Creche ou outros", por motivo de trabalho, doença do responsável, etc.

| Relação                                                                                                                                                                                                         | Motivo da necessidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div>Motivo da necessidade de uso da creche</div> <div>Escolher e assinalar <input checked="" type="checkbox"/> somente um motivo da necessidade dos cuidados de cada responsável, e escrever os detalhes</div> | <div>Pai • Outros ( )</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Doença/Deficiência<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Amparo e outros<br/> <input type="checkbox"/> Recuperação de desastres<br/> <input type="checkbox"/> Busca de trabalho<br/> <input type="checkbox"/> Estudos<br/> <input type="checkbox"/> Licença parental<br/> <input type="checkbox"/> Outros </div>                                                         | <div>Firma ( <b>K.K. XXX</b> ), tempo de deslocamento <b>40</b> min, dias de trabalho <b>22</b> dias/mês</div> <div>Horário de trabalho: <b>8 : 00 ~ 17 : 30</b>, volta ao trabalho (previsão): ano..... mês ..... dia .....</div> <div>Condições da doença/deficiência (<b>Shintai Shougai 1Kyû</b> ○○byou (Deficiência física grau 1, doença de ○○) )</div> <div>Situação do amparo e outros (<b>Sobo, Youkaigo 4, Jouji Kaigo (Avó com necessidade de cuidados grau 4)</b>)</div> <div>Grau do desastre e outros (</div> <div>Escola (</div> <div>Horário escolar: ..... : ..... ~ ..... : ....., período letivo: até o ano..... mês ..... dia .....</div> <div>A partir do ano..... mês ..... dia ..... até o ano..... mês ..... dia .....</div> <div>(</div> <div>Em caso de doença, cuidado de amparo, etc., favor escrever detalhadamente o nome da doença, grau da deficiência, período previsto de tratamento, etc.</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                 | <div>Mãe • Outros ( )</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Gestação/Parto<br/> <input type="checkbox"/> Doença/Deficiência<br/> <input type="checkbox"/> Amparo e outros<br/> <input type="checkbox"/> Recuperação de desastres<br/> <input type="checkbox"/> Busca de trabalho<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Estudos<br/> <input type="checkbox"/> Licença parental<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Outros </div> | <div>Firma ( <b>Yugen Gaisha XXX</b> ), tempo de deslocamento <b>20</b> min, dias de trabalho <b>20</b> dias/mês</div> <div>Horário de trabalho: <b>9 : 00 ~ 15 : 30</b>, volta ao trabalho (previsão): ano..... mês ..... dia .....</div> <div>Data do parto (previsão): ano<b>R8</b>.. mês<b>2</b>... dia<b>5</b>....</div> <div>Condições da doença/deficiência (</div> <div>Situação do amparo e outros (</div> <div>Grau do desastre e outros (</div> <div>Escola ( <b>XX Senmongakkou</b> ), tempo de deslocamento <b>30</b> min, frequência escolar <b>5</b> dias/semana</div> <div>Horário escolar: <b>8 : 30 ~ 15 : 30</b>, período letivo: até o ano<b>R10</b>.. mês<b>3</b>.... dia<b>31</b>....</div> <div>A partir do ano..... mês ..... dia ..... até o ano..... mês ..... dia .....</div> <div>(<b>Zerosaiji no Ikuji ni Sennen Shiteorimasuga, R7 Nen 8 Gatsu Kara Shuurou Suru Tame.</b></div> <div>(Porque atualmente estou cuidando de meu bebê de 0 anos, mas vou começar a trabalhar em AGO/2025.))</div> <div>★ Caso deseje matricular em abril de 2025</div> <div>Se a data (prevista) do parto for antes do dia 03/FEV/2025, não se enquadrará nos requisitos, pois a solicitação dos cuidados por motivo de Gestação/Parto é até o final do</div> |
| Horário de uso desejado (※)                                                                                                                                                                                     | <div>Dias de uso da semana</div> <div>A partir do <b>GETSU</b> YOUBI ao <b>KIN</b> YOUBI</div> <div><input type="checkbox"/> Horário padrão de cuidados "Hoiku Hyoujun Jikan"</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <div>Horário de uso</div> <div>A partir das <b>8 : 00</b> às <b>16 : 00</b></div> <div><input checked="" type="checkbox"/> Horário curto de cuidados "Hoiku Taniikan"</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

**Escrever sobre o uso do estabelecimento de 1ª escolha.**

**Horário de uso do estabelecimento**  
Ex: Chegar às 8h, buscar às 16h.

- O Horário padrão de cuidados "Hoiku Hyoujun Jikan" é o horário de uso a partir de 8 horas (resposta) ou outros, a partir de 120h/mensais.
- O Horário curto de cuidados "Hoiku Tanjikan" é o horário de uso de até 8 horas, por motivo de trabalho ou outros, a partir de 64h/mensais.

(Atenção) O horário de uso varia conforme o estabelecimento.

Atenção, se o horário de uso desejado não estiver assinalado, a solicitação será feita para o Horário curto de cuidados "Hoiku Tanjikan".

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |          |  |                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| (否とする理由)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                  | 年 月 日 認定 |  | ( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短 ) |  |
| 支給(入所)の可否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                  |          |  | 支給(利用)期間                                                  |  |
| 可・否<br>(否とする理由)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |          |  | 自 年 月 日                                                   |  |
| 〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                  |          |  | 至 年 月 日                                                   |  |
| 入所施設(事業者)名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |          |  |                                                           |  |
| 〔 <input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 ) <input type="checkbox"/> 保( <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼 ) <input type="checkbox"/> 地( <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 )<br><input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事 ) 〕 |                                                  |          |  |                                                           |  |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 番号確認：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等、身元確認：運転免許証・健康保険証・その他( |          |  |                                                           |  |

\*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

|       |       |
|-------|-------|
| 受付年月日 | 年 月 日 |
|-------|-------|

|              |                                              |                                         |
|--------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 施設(事業者)名     |                                              | (事業所番号：)                                |
| 担当者氏名<br>連絡先 |                                              | (担当者)<br>(連絡先)                          |
| 入所契約(内定)の有無  |                                              | 有( 契約・内定 (      年    月    日契約(内定))) ・ 無 |
| 備考           | 番号確認：個人番号カード・通知カード・住民票の写し等、身元確認：運転免許証・その他( ) |                                         |

(裏面/Verso)