

Modelo 13-2 (Relacionado ao artigo 5-2) / 様式第 1 3 の 2 (第 5 条の 2 関係)

Formulário de Solicitação de Uso do Estabelecimento Infantil

(E folha de controle dos cuidados da criança)
保育施設等利用申込書 (兼保育児童台帳)

Exmo. Sr. Chefe do Escritório de Previdência Social do Município de Toyohashi

<input type="checkbox"/> Pedido de matrícula ou para mudar de estabelecimento infantil	<input type="checkbox"/> Pedido de continuidade de uso
----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

Data de preenchimento: Ano mês dia

Endereço do responsável	〒 Toyohashi-shi
Nome em katakana	
Nome da criança	
	Data de nascimento: Ano mês dia
Nome em katakana	
Nome do responsável (Representante)	
	Data de nascimento: Ano mês dia

Solicito o uso do estabelecimento infantil, conforme abaixo:

	Nome do estabelecimento infantil desejado	Motivo da preferência	Nº da creche, etc. * Preenchimento da prefeitura
1ª opção			
2ª opção			
3ª opção			
4ª opção			
5ª opção			
Caso tiver 6 ou mais estabelecimentos infantis desejados, assinale o quadrado da direita e escreva as demais opções na folha avulsa. ※ O modelo é livre, mas poderá utilizar o modelo postado no site da prefeitura de Toyohashi.		<input type="checkbox"/> Tenho 6 ou mais estabelecimentos infantis desejados (Há uma folha avulsa).	
Motivo da necessidade dos cuidados infantis		Período que deseja usar o serviço dos cuidados infantis	Desde: Ano mês dia até: Ano mês dia
Obs.			

Continua no verso

☆ O conteúdo preenchido nesta página será compartilhado com o estabelecimento que a criança irá matricular.
Preencha sem falta, todos os campos desta página.

Categoria	Nome	Relação com a criança	Idade (No dia 01/ABR/2025)	Gênero	Nome do empregador ou escola, série, etc.
Criança	Katakana	A própria	anos	M • F	
			Data de nascimento: Ano mês dia / /		
Membros da mesma unidade familiar		Chichi (Pai)	anos	M • F	
		Haha (Mãe)	anos	M • F	
			anos	M • F	
			anos	M • F	
			anos	M • F	
			anos	M • F	
Contato	Telefone Residencial - -	Celular do pai - -			Celular da mãe - -

(1) A criança é o qual filho da família?

<input type="checkbox"/> 1º filho	<input type="checkbox"/> 2º filho	<input type="checkbox"/> 3º filho	<input type="checkbox"/> 4º filho	<input type="checkbox"/> 5º filho	<input type="checkbox"/> 6º filho	<input type="checkbox"/> 7º filho
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

(2) Perguntas relacionadas ao desenvolvimento e exame de saúde da criança. E, **se a criança tiver atraso de desenvolvimento ou doença(s), favor preencher os sintomas e consultar o estabelecimento infantil antecipadamente.**

Desenvolvimento	Físico: Levantar segurando algum lugar (_____ meses), andar sozinha (_____ meses)
	Fala: Começou a falar (_____ meses), atraso na fala (Tem • Não tem)
	Vai ao banheiro sozinha: (Urinar: Sim • Não), (Defecar: Sim • Não)
	Comportamento: Conteúdo da preocupação (_____)
Doenças graves (_____)	
Alergia, doenças crônicas (_____)	
Instituição médica que consultou sobre o desenvolvimento, etc. (_____)	
Exame de 1 ano e 6 meses	<input type="checkbox"/> Realizou → Recebeu orientação <input type="checkbox"/> Sim Conteúdo (_____) <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Não
Exame de 3 anos	<input type="checkbox"/> Realizou → Recebeu orientação <input type="checkbox"/> Sim Conteúdo (_____) <input type="checkbox"/> Não realizou <input type="checkbox"/> Não

(3) Pergunta sobre a situação dos avós.

Avós paternos	Avós maternos
<input type="checkbox"/> Moram juntos, no mesmo terreno ou são vizinhos.	<input type="checkbox"/> Moram juntos, no mesmo terreno ou são vizinhos.
<input type="checkbox"/> Moram separados → Endereço (_____)	<input type="checkbox"/> Moram separados → Endereço (_____)
<input type="checkbox"/> São falecidos	<input type="checkbox"/> São falecidos

* Perguntas relacionadas ao preenchimento deste formulário, favor contatar a prefeitura setor Hoiku-Ka (☎ 0532-51-2322)...