

MODELO DE PREENCHIMENTO

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

Data de preenchimento: Ano **RX** mês **XX** dia **XX**

Endereço do responsável	〒 Toyohashi-shi Imahashi-cho 1 Banchi
Nome em katakana	ダ シルバ ルカス
Nome da criança	Da Silva Lucas
	Data de nascimento: Ano XXXX mês XX dia XX
Nome em katakana	ダ シルバ ペドロ
Nome do responsável (Representante)	Da Silva Pedro
	Data de nascimento: Ano XXXX mês XX dia XX

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	XX Hoikuen	<i>Jitakuni Chikai Tame (Por ser perto de casa)</i>	
2ª opção	OO Kodomo-En	<i>Kinmusakini Chikai Tame (Por ser perto do trabalho)</i>	

Por ser uma solicitação anual, para aqueles que não têm restrição de período de uso, o período desejado é até o dia 31/MAR/2026 (Ano R8 mês 3 dia 31).

< Exemplo > Matrícula em abril... Motivo de trabalho para o pai e a mãe
 Matrícula em abril... Motivo de busca de trabalho
 Motivo de gestação/parto (previsão do parto: 07/MAI/2025)

Até: Ano R8 (2026) mês 3 dia 31
 Até: Ano R7 (2025) mês 6 dia 30
 Até: Ano R7 (2025) mês 7 dia 31

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.

desejados

estabelecimentos infantis
(folha avulsa).

Motivo da necessidade dos cuidados infantis	Ryoushin tomo tsutometeori, sobo wa hanbai no shigotowo shiteiru tame. (Porque os pais trabalham e a avó trabalha com vendas.)	Período que deseja usar o serviço dos cuidados infantis	Desde: Ano R7 mês 4 dia 1 até: Ano R8 mês 3 dia 31
Obs.	Escrever detalhadamente o motivo de não conseguir cuidar da criança em casa.		

☆ 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 <i>ダシルバ ルカス</i> Da Silva Lucas	A própria	3 anos	Ⓜ・F	
	Data de nascimento: Ano mês dia XXXX / XX / XX				
Membros da mesma unidade familiar	Da Silva Pedro	Chichi (Pai)	38 anos	Ⓜ・F	Empreiteira OO
	Souza Da Silva Maria	Haha (Mãe)	35 anos	M・F	Empresa ΔΔ
	Da Silva Bruno	Ani (Irmão)	7 anos	Ⓜ・F	XX Shougakkou, 2 Nen
	Da Silva Lucia	Imouto (Irmãzinha)	1 anos	M・F	XX Hoikuen
	Souza Luiza	Sobo (Avó)	65 anos	M・F	Kaden Hanbai (Venda de eletrodomésticos)
	Da Silva Marcos	Oji (Tio)	35 anos	Ⓜ・F	Mushoku (Desempregado)
Contato	Telefone Residencial - -	Celular do pai - -		Celular da mãe - -	

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

<input type="checkbox"/> 1º filho	<input checked="" 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 (<u>8</u> meses), andar sozinha (<u>11</u> meses)	
Fala: Começou a falar (<u>18</u> meses), atraso na fala (Tem <u>· Não tem</u>)	
Vai ao banheiro sozinha: (Urinar: <u>Sim</u> · Não), (Defecar: Sim <u>· Não</u>)	
Comportamento: Conteúdo da preocupação (Ochitsuki ga nai (Ele é inquieto)))
Doenças graves (NASHI (Não há)))
Alergia, doenças crônicas (TAMAGO (ovo)))
Instituição médica que consultou sobre o desenvolvimento, etc. (XX Shounika))
Exame de 1 ano e 6 meses <input checked="" type="checkbox"/> Realizou → Recebeu orientação <input type="checkbox"/> Sim Conteúdo () <input type="checkbox"/> Não realizou <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Exame de 3 anos <input type="checkbox"/> Realizou → Recebeu orientação <input type="checkbox"/> Sim Conteúdo () <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Moram separados → Endereço (Brasil)
<input checked="" type="checkbox"/> São falecidos	<input type="checkbox"/> São falecidos

Se morar no Japão,
escrever o endereço completo.

* Perguntas relacionadas ao preenchimento deste formulário, favor contatar a prefeitura