

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

2/3 Gou Nintei

Nome do estabelecimento infantil

Subsídio para Cuidados Infantis - Educação Infantil

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

Escrever o nome do estabelecimento de 1ª escolha.

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 R6 mês XX dia XX

Nome do responsável: Souza Da Silva Maria

Exmo. Sr. Prefeito de Toyohashi

(Deve ser entregue a solicitação no estabelecimento infantil)

Conforme segue, venho solicitar (notificar sobre) a matrícula da criança no estabelecimento infantil. Trazer um documento de identificação pessoal (Zairyu-card, etc.) e um comprovante do My Number. Informações necessárias sobre a composição familiar e imposto municipal (inclusive dos membros da família) e custo a ser arcado de cuidados infantis, educação infantil, etc., com o estabelecimento de cuidados infantis, estabelecimento de educação infantil, e outros.

Preencher o nome do responsável que irá entregar a solicitação no estabelecimento infantil. Trazer um documento de identificação pessoal (Zairyu-card, etc.) e um comprovante do My Number.

Preencher o nome do responsável representante. Em caso de alteração após a solicitação, favor contatar o setor Hoiku-ka, da prefeitura de Toyohashi.

Preencher o número de telefone que possa entrar em contato de dia. Ex: Celular da mãe, local de trabalho, etc.

Criança	Nome	Preencher o nome do responsável representante. Em caso de alteração após a solicitação, favor contatar o setor Hoiku-ka, da prefeitura de Toyohashi.		Gênero	Relação com o responsável	Caderneta de Deficiência
	(Katakana) ダシルバ ルカス Da Silva Lucas			(M) F	Ko (Filho)	Tem Não tem
Responsável (Representante)	Nome	Ano XXXX mês XX dia XX	987654321098	(Tel.)	090-XXXX-XXXX	
	(Katakana) ダシルバ ペドロ Da Silva Pedro					
(Endereço) Toyohashi-shi		Imahashi-cho 1 Banchi				
Nº do Cert. de Aprovação	Subsídio.					
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", preencha 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 Ano · Mês · Dia	Gênero	My Number	Nome do empregador ou escola, série, etc.	Caderneta de Deficiência	Obs.
Membros da unidade familiar da criança (Exceção a criança a se matricular)	(Katakana) ダシルバ ペドロ 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 Souza Da Silva Maria	Haha (Mãe)	XXXX-XX-XX	F	234567890123	Empresa ΔΔ	Tem Não tem	Mora junto separado
	(Katakana) ダシルバ バウロ 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 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 Da Silva Luís	Otouto (Irmãozinho)	XXXX-XX-XX	(M) F	567890123456	Mushoku (Desempregado)	Tem Não tem	Mora junto separado
	(Katakana) ダシルバ マリオ 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 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(※)		Em Toyohashi · F		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.				

(※) As pessoas que não residiam em Toyohashi no dia 01/JAN/2024 não são elegíveis para o recolhimento especial de imposto "Tokubetsu Choushuu Zeigaku" (Tributação do imposto do município onde tinha o endereço registrado no dia 01/JAN/2024). E, as pessoas que não residiam em Toyohashi no dia 01/JAN/2024 não são elegíveis para o recolhimento especial de imposto "Tokubetsu Choushuu Zeigaku" (Tributação do imposto do município onde tinha o endereço registrado no dia 01/JAN/2024).
 ★ 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.

② Período desejado.

Período que deseja utilizar o estabelecimento infantil	A partir do ano R7 mês 4 dia 1 até o ano R10 mês 3 dia 31
--	---

- 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.

Motivo da necessidade de uso da creche	Relação	Motivo da necessidade	
	(Pai)・Outros ()	<input checked="" type="checkbox"/> Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Doença/Deficiência <input checked="" type="checkbox"/> Amparo e outros <input type="checkbox"/> Recuperação de desastres <input type="checkbox"/> Busca de trabalho <input type="checkbox"/> Estudos <input type="checkbox"/> Licença parental <input type="checkbox"/> Outros	Firma (K.K. XXX), tempo de deslocamento 40 min, dias de trabalho 22 dias/mês Horário de trabalho: 8 : 00 ~ 17 : 30 , volta ao trabalho (previsão): ano..... mês dia Condições da doença/deficiência (Shintai Shougai 1Kyū ○○byou (Deficiência física grau 1, doença de ○○)) Situação do amparo e outros (Sobo, Youkaigo 4, Jouji Kaigo (Avó com necessidade de cuidados grau 4)) Grau do desastre e outros (.....) Escola (.....) Horário escolar: : ~ : , período letivo: até o ano..... mês dia A partir do ano..... mês dia até o ano..... mês dia (.....)
Escolher e assinalar <input checked="" type="checkbox"/> somente um motivo da necessidade dos cuidados de cada responsável, e escrever os detalhes desse motivo.	(Mãe)・Outros ()	<input checked="" type="checkbox"/> Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Gestação/Parto <input type="checkbox"/> Doença/Deficiência <input type="checkbox"/> Amparo e outros <input type="checkbox"/> Recuperação de desastres <input type="checkbox"/> Busca de trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Estudos <input type="checkbox"/> Licença parental <input checked="" type="checkbox"/> Outros	Firma (Yugen Gaisha XXX), tempo de deslocamento 20 min, dias de trabalho 20 dias/mês Horário de trabalho: 9 : 00 ~ 15 : 30 , volta ao trabalho (previsão): ano..... mês dia Data do parto (previsão): ano. R7 . mês .2 dia .5 .. Condições da doença/deficiência (.....) Situação do amparo e outros (.....) Grau do desastre e outros (.....) Escola (XX Senmongakkou), tempo de deslocamento 30 min, frequência escolar 5 dias/semana Horário escolar: 8 : 30 ~ 15 : 30 , período letivo: até o ano. R9 . mês .3 . dia .31 . A partir do ano..... mês dia até o ano..... mês dia (Zerosaiji no Ikuji ni Sennen Shiteorimasuga, R7 Nen 8 Gatsu Kara Shuurou Suru Tame . (Porque atualmente estou cuidando de meu bebê de 0 anos, mas vou começar a trabalhar em AGO/2025.))
	Horário de uso desejado (※)	Dias de uso da semana segunda a sexta-feira A partir do GETSU YOUBI ao KIN YOUBI <input type="checkbox"/> Horário padrão de cuidados "Hoiku Hyoujun Jikan" <input checked="" type="checkbox"/> Horário curto de cuidados "Hoiku Tanjikan"	

Em caso de doença, cuidado de amparo, etc., favor escrever detalhadamente o nome da doença, grau da deficiência, período previsto de tratamento, etc.

★ Caso deseje matricular em abril de 2025 ★ 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 mês das 8 semanas pós-parto.

Escrever sobre o uso do estabelecimento de 1ª escola.

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 (requisitos) 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.

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

() () () () 年 月 日 認定 支給(入所)の可否 可・否 (否とする理由) (<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)	() () () () () () () () 支給(利用)期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)名	
(<input type="checkbox"/> 認定こども園(口連 <input type="checkbox"/> 幼(口幼 口保) <input type="checkbox"/> 保(口保 口幼) <input type="checkbox"/> 地(口幼 口保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(口小 口家 口居 口事))	
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 連絡先	(担当者) (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()