

Requerimento de Certificação • Alteração de Benefício de Utilização de Instituição para criação de filhos etc. (Norma 30º Categoria 2 • 3)

磐田市市長Ilmo. Sr. Prefeito de Iwata

【Itens a consentimento para solicitação】
 1 Com base no artigo 30 – cláusula 3º da norma de suporte infantil • criação de filhos baseado no artigo 16 da mesma norma, pode ser solicitado o fornecimento e a verificação dos documentos necessários às entidades governamentais para avaliação da certificação de benefício de utilização da instituição etc., e para verificar quanto a situação de tributação municipal do requerente e seus familiares que residem na mesma casa.
 2 O conteúdo descrito neste requerimento etc., será fornecido à instituição • entidade caso seja considerado como informações necessárias para certificação d e benefício da instituição etc., ou para pagamento da despesa devido utilização da instituição.
 3 Com base no artigo 30 – cláusula 11º da norma de suporte infantil • criação de filhos, pode haver casos em que a despesa com a utilização de instituiã o será fornecido ao fornecedor de suporte de assistência infantil específica no lugar do responsável legal (pais) que recebeu a certificação.
 4 Em caso de início de utilização em abril do novo ano fiscal, visto que há concentração na atividade de cuidado de criança enferma, atividade de suporte à atividade de criaç ão de filhos etc., de acordo com a cláusula 30 artigo 5-1 da norma de suporte infantil • criação de filhos, o aviso do resultado da avaliação pode ser pr orrogado no máximo até o dia anterior a data de início da utilização.
 5 Caso haja divergência no conteúdo requerido e a realidade, pode haver cancelamento da certificação de benefício da utilização da instituição etc.
 6 Se na data requerida, esteja utilizando a instituição estabelecido por decreto da norma de suporte infantil • criação de filhos cláusula 7 artigo 10-4 (atividad e de cuidado infantil de iniciativa empresarial), não é possível solicitar esta certificação.

Estou de acordo com os itens mencionados acima, e por motivo de trabalho dos pais (responsáveis legais), doença e outros motivos, quero solicitar a certifica ção de benefício de utilização de instituição como Youchien • Nintei Kodomoen • Escola de suporte especial (utilizar também o Azukari Hoiku) (※1), instituição de cuidado infantil não reconhecido *ninkagai*, atividade de cuidado temporário, atividade de cuidado de criança enferma, atividade de suporte à atividade de criaç ão de filhos etc., de acordo com a cláusula 30 artigo 5-1 da norma de suporte infantil • criação de filhos, assim solicito conforme o seguinte.

※1 No Azukari Hoiku inclui quando a realização da atividade do Azukari pela Pre-Escola (youchien) relevante que seja uma instituição de cuidado infantil não r econhecida *ninkagai* enquadra-se em um desses requisitos ①Incluindo o tempo de educação dos dias úteis, o tempo de fornecimento seja menos de 8 h oras ou ②Dias de funcionamento anual seja menos de 200 dias.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----|---|--|
| | | Dt. requerida p/ certificação (Dt. de início de utilização da instituição) | | ano | mês | dia | |
| Solicitante | Furigana | | | Endereço atual | | | |
| | Nome | Parentesco com a criança | ※ Se for preenchido pela própria pessoa não é necessário o carimbo | | | | Caso o atual endereço seja em outra cidade, escrever o endereço após mudar-se para esta cidade |
| | Contato durante o dia (Nº de telefone)*Favor preencher na ordem de contato que realmente consigamos entrar em contato | | | | | | |
| | ① | Cel.Pai • Cel. Mãe Serviço Pai • Serviço Mãe Residência • Outros () | ② | Cel.Pai • Cel. Mãe Serviço Pai • Serviço Mãe Residência • Outros () | ③ | Cel.Pai • Cel. Mãe Serviço Pai • Serviço Mãe Residência • Outros () | |
| Criança Requerente | Furigana | | | End.Atual Escrever se for diferente do solicitante | | Nº Mynumber | |
| | Nome | | | Dt. Nascto. | Ano | mês | |
| | | | | dia | | | |
| Tipo de certificação | <input type="checkbox"/> A criança requerente, com base na data requerida já passou da data de 31/março após completar 3 anos (<i>Shin 2 gou</i> categoria nº2) | | | | | Caso enquadrar no Nº 3 no critério ao lado, e a família seja isenta da tributação, favor marcar dentro do <input type="checkbox"/> com ✓. | |
| | <input type="checkbox"/> A criança requerente, com base na data requerida ainda não passou pela data de 31/março, após completar 3 anos (<i>Shn 3 gou</i> categoria nº3) | | | | | | |
| Motivo da Necessidade assistida | Marcar dentro do <input type="checkbox"/> com ✓, no item que se enquadrar. | | | | | | |
| | (Parentesco com a criança) <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Gravidez Parto <input type="checkbox"/> Doença Deficiência etc <input type="checkbox"/> Cuidar de um enfermo <input type="checkbox"/> Recuperação Desastre <input type="checkbox"/> Procurando emprego <input type="checkbox"/> Estudo <input type="checkbox"/> Outros () | | | | | | |
| (Parentesco com a criança) <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Gravidez Parto <input type="checkbox"/> Doença Deficiência etc <input type="checkbox"/> Cuidar de um enfermo <input type="checkbox"/> Recuperação Desastre <input type="checkbox"/> Procurando emprego <input type="checkbox"/> Estudo <input type="checkbox"/> Outros () | | | | | | | |

Caso o [Tipo de Certificação] acima seja (Nº 3), favor preencher.

| | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|
| Endereço na data ref.1/jan. do ano da data requerida | (Mãe) | | (Pai) | | |
| | | <input type="checkbox"/> Igual ao endereço atual | <input type="checkbox"/> Igual ao endereço atual | | |
| Endereço na data ref.1/jan. do ano anterior a data requerida. | (Mãe) | | (Pai) | | |
| | | <input type="checkbox"/> Igual ao endereço atual | <input type="checkbox"/> Igual ao endereço atual | | |

※2 Caso o endereço atual seja divergente, favor anexar o comprovante de tributação de imposto municipal etc., da cidade onde residia em 1/jan do ano anterior da data requerida.

Favor preencher todos os membros que residem juntos.※Quanto ao campo do Mynumber, preencher caso [Tipo de certificação] seja (Nº3), dos pais e/ou outros adultos que mantem o orçamento familiar.

| Pais da criança requerente e outros que residem juntos (Circular o nº da pessoa que é responsável pelo orçamento familiar) | Furigana Nome | Parentesco com a criança requerida | Dt.Nascimento | | | Empresa • Escola • Creche. Ou local a ser transferido | Certificação cuidado idoso ou carteirinha de deficiência |
|--|---------------|------------------------------------|---------------|-----------|-----|---|--|
| | | | | My number | | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 1 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 2 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 3 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 4 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 5 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 6 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |
| 7 | | | ano | mês | dia | | <input type="checkbox"/> Sim |

Preencher em caso de utilização (incluindo previsão) do Youchien (Pre-Escola) · Ninte Kodomoen · Setor Youchien da Escola de Suporte Especial.

| | | | |
|---------------------|--|-----|---------|
| Furigana | TEL | | |
| Nome da Instituição | Endereço | | |
| | Dt. Prevista para início da utilização | ano | mês dia |

Preencher em caso de utilização (incluindo previsão) de instituição de assistência Não-reconhecida (Ninkagai Hoiku), estabelecimento de cuidado temporário, estabelecimento de suporte às atividades de criação de filhos.

| Furigana Nome da instituição | Tipo de serviço a ser utilizado | Endereço | Dt. prevista para início da utilização |
|---------------------------------|--|----------|--|
| ----- | Ninkagai · Cuidado temporário Assist. enfermo · Ativ.Sup.Criação de filhos | TEL : | ano mês dia |
| ----- | Ninkagai · Cuidado temporário Assist. enfermo · Ativ.Sup.Criação de filhos | TEL : | ano mês dia |
| ----- | Ninkagai · Cuidado temporário Assist. enfermo · Ativ.Sup.Criação de filhos | TEL : | ano mês dia |
| ----- | Ninkagai · Cuidado temporário Assist. enfermo · Ativ.Sup.Criação de filhos | TEL : | ano mês dia |

Preencher conforme a motivo que necessita de assistência infantil.

| | | Situação da mãe | | | | Situação do pai | | | |
|---|---|---|--|---|--|---|--|--|--|
| Trabalho | Tipo | <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Autônomo ⇒ <input type="checkbox"/> Na residência <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Outro local <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Naishoku <input type="checkbox"/> Outros : () | | | | <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Autônomo ⇒ <input type="checkbox"/> Na residência <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Outro local <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Naishoku <input type="checkbox"/> Outros : () | | | |
| | Trajetos p/ trabalho | Condução | A pé · Bicicleta · Ônibus · Carro · Trem · Outros () ※circular todas as opções utilizadas. | | | Condução | A pé · Bicicleta · Ônibus · Carro · Trem · Outros () ※circular todas as opções utilizadas. | | |
| | | Tempo | Em torno de min (somar ida e volta) | | | Tempo | Em torno de min (somar ida e volta) | | |
| | Mudança de emprego desde 1/jan do ano anterior | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Empresa : ① Período contratado : até Empresa : ② Período contratado : até | | | | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ⇒ Empresa : ① Período contratado : até Empresa : ② Período contratado : até | | | |
| Gravidez · Parto (no momento da requisição) | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ⇒ (Previsão) ano mês dia | | | | | | | | |
| Doença · deficiência etc | (Nome da doença · deficiência) (carteirinha) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | (Nome da doença · deficiência) (carteirinha) <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não | | | | | |
| Cuidar de idoso · enfermo | Nome do enfermo, defic. | (Parentesco com a criança:) | | | (Parentesco com a criança:) | | | | |
| | Nome doença · deficiência | | | | | | | | |
| | Situação das consultas médicas etc. | <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Consulta (mês · sem vezes) <input type="checkbox"/> Frequência ao estabelecimento (semana vezes) Nome da instituição () | | | | <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Consulta (mês · sem vezes) <input type="checkbox"/> Frequência ao estabelecimento (semana vezes) Nome da instituição () | | | |
| Recuperação ao desastre | Situação do desastre : | | | Situação do desastre : | | | | | |
| Procurando emprego etc | Detalhe da procura de emprego: | | | Detalhe da procura de emprego: | | | | | |
| Estudo | Trajetos p/ Escola | Condução | A pé · Bicicleta · Ônibus · Carro · Trem · Outros () ※circular todas as opções utilizadas. | | | Condução | A pé · Bicicleta · Ônibus · Carro · Trem · Outros () ※circular todas as opções utilizadas. | | |
| | | Tempo | Em torno de min (somar ida e volta) | | | Tempo | Em torno de min (somar ida e volta) | | |
| | Objetivo do estudo | <input type="checkbox"/> P/ trabalhar após se formar <input type="checkbox"/> Outros () | | | <input type="checkbox"/> P/ trabalhar após se formar <input type="checkbox"/> Outros () | | | | |
| | Período | Até ano mês dia | | | Até ano mês dia | | | | |
| Previsão após formado | (Dias · horário de trabalho) <input type="checkbox"/> Sem dias, Por dia Hrs de trabalho <input type="checkbox"/> Mês | | | (Dias · horário de trabalho) <input type="checkbox"/> Sem dias, Por dia Hrs de trabalho <input type="checkbox"/> Mês | | | | | |
| Outros | Conteúdo aprovado sobre a dificuldade p/ cuidado infantil (necessidade de solicitar assistência infantil) | | | Conteúdo aprovado sobre a dificuldade p/ cuidado infantil (necessidade de solicitar assistência infantil) | | | | | |

■ Documentos a ser anexado (anexar os documentos aplicáveis abaixo)

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Para os que trabalham (incluso previsão). Autônomo (diversos tipos) ou em caso de Naishoku | Atestado de trabalho (mesmo em caso confirmação de vaga) |
| 2 | Antes e depois do parto (limitado a 8 semanas antes e depois do parto) | Cópia da caderneta de saúde materno-infantil <i>boshi tetyou</i> (da pagina do nome e a data de previsão do parto), petição <i>moushitatesho</i> |
| 3 | Quando os pais (responsáveis legais) frequentam escola | Certificado de matrícula (em caso de previsão de início, comunicado de aprovação etc), grade curricular, petição <i>moushitatesho</i> |
| 4 | Quando os pais (responsáveis legais) estejam doentes | Atestado medico, petição <i>moushitatesho</i> |
| 5 | Em caso de deficiência dos pais (responsáveis legais) | Se tiver carteirinha etc, devido a deficiência: cópia de carteirinha de deficiência física, carteirinha de assistência especial, carteirinha de saúde para deficiência psicológica, petição <i>moushitatesho</i> Se não tiver carteirinha: atestado medico, petição <i>moushitatesho</i> |
| 6 | Quando os pais (responsáveis legais) cuidam de um idoso · enfermo | Petição <i>moushitatesho</i> e documento que comprove a necessidade de cuidado (atestado medico, cópia do seguro de cuidado de idosos etc) |
| 7 | Quando os pais (responsáveis legais) estão procurando emprego | Formulário de declaração sobre a situação de procura de emprego |
| 8 | Para os que querem utilizar instituição de cuidado infantil não reconhecida (Ninkagai) | Formulário de justificativa de não realização da solicitação de utilização de instituição de assistência infantil etc. |

※ Ao entregar este documento à instituição, deve colocar dentro de envelope e lacrar, e escrever o nome no envelope.