

Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para o Uso de Instituições de Cuidados Infantis, Etc.

Será necessário realizar o trâmite de Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para o Uso de Instituições de Cuidados Infantis, etc. na Prefeitura Municipal de Ota, ao desejar beneficiar-se deste subsídio nas seguintes categorias, para o uso dos serviços de cuidados infantis fornecidos em Jardins-de-Infância “Youchien”, Creche&Jardim-de-Infância “Nintei Kodomoen”, Jardim-de-Infância Particular “Shigaku Youchien”, Creche Não Licenciada “Ninkagai Hoiku Shisetsu”, etc.

Classificação (Nova Categoria)	Idade	Motivo pelo qual os Pais Necessitam dos Serviços de Cuidados Infantis	Limite de Renda	Serviço Alvo
1	À partir de 3 anos completos	Não Necessita	Não Há	Jardim-de-Infância Particular, etc.
2	À partir de 3 anos (Vide Nota-1)	Necessita		Família Isenta de Imposto Residencial
3	0 à 2 anos (Vide Nota-1)			

Nota: 1- A idade é na data-base de 1º de abril do ano fiscal correspondente.

2- Somente será alvo a Creche Não Licenciada que recebeu a confirmação de instituição infantil alvo da gratuidade da Prefeitura local.

Principais Exemplos de Limite Máximo do Subsídio (O limite máximo do subsídio varia conforme o serviço que irá utilizar.)

Serviço Alvo	Nova Categoria		
	1	2	3
Jardim-de-Infância Particular, etc.	Até 25.700 Ienes por Mês	Até 11.300 Ienes (Vide Nota) além da Nova Categoria 1	Até 16.300 Ienes (Vide Nota) além da Nova Categoria 1
Mensalidade, etc. para Cuidados Infantis em Creche&Jardim-de-Infância	—	Até 11.300 Ienes por Mês	
Mensalidade de Uso de Creche Não Licenciada, etc.	—	Até 37.000 Ienes por Mês	Até 42.000 Ienes por Mês

O alvo do subsídio é o “custo necessário para o serviço de cuidados infantis” sendo que as outras despesas (custos de transporte, livros ilustrados, refeições, etc.) estão fora de alvo.

O valor do subsídio será de até 450 Ienes por dia, para cuidados infantis.

Nota: O alvo é a despesa correspondente aos cuidados infantis, para nova categoria 2 e 3 em Jardim-de-Infância particular.

Motivo pelo qual Necessita dos Serviços de Cuidados Infantis (Nova Categoria 2 e 3)

Será necessário o “motivo pelo qual necessita dos serviços de cuidados infantis” de todos os responsáveis (pais) que criam a criança, para receber o reconhecimento na nova categoria 2 e 3, necessitando anexar e apresentar os documentos necessários no trâmite de pedido de reconhecimento. E, o período de reconhecimento irá variar conforme o motivo e o subsídio será encerrado ao expirar o período definido. Sendo que, será necessário alterar o motivo, para prorrogar o período de reconhecimento.

Nº	Motivo	Conteúdo
1	Trabalho / Emprego	Trabalha em local longe dos filhos por 64 horas ou mais por mês num trabalho não-doméstico. (Exclui-se o tempo para ir/voltar do trabalho)
2	Procura de Emprego / Iniciando um Negócio	Procura constante de emprego ou preparação para iniciar um negócio. Nota: O reconhecimento por este motivo será limitado para 3 meses.
3	Frequenta Escola	Frequenta escola por 64 horas ou mais por mês com expectativa de emprego após a formatura. Nota: O reconhecimento por este motivo será até a formatura.
4	Gravidez / Parto	No mês que deseja ingressar a criança na instituição infantil está com previsão de parto ou recentemente teve parto. Nota: O reconhecimento será de 8 semanas antes e depois do parto.
5	Doença / Deficiência	Está com doença ou com deficiência física ou mental. Nota: O reconhecimento será até a data no atestado médico.
6	Cuida de Familiar Idoso, Doente ou com Deficiência	Cuida de uma pessoa doente ou com deficiência física ou mental por 64 horas ou mais por mês.
7	Outros	Motivo reconhecido como situação especial, semelhante aos itens anteriores.

Nota: Confira no verso, sobre os documentos necessários. E, entre em contato para obter detalhes sobre as condições.

太田市役所 こども課・ご案内「施設等利用給付認定の申請について」表面・ポルトガル語版

Grupo Familiar Isento de Imposto Residencial (Nova Categoria 3)

Será possível receber o reconhecimento na nova categoria 3 somente ao preencher uma das condições do “motivo pelo qual necessita dos serviços de cuidados infantis” e todos os responsáveis (pais) estiverem isentos do imposto residencial. De abril a agosto, a situação de isenção será verificada no imposto residencial do ano fiscal passado (calculado com base na renda do ano retrasado) e de setembro à março, do ano fiscal corrente (calculado com base na renda do ano passado). (Nota: Aqueles que possuem endereço fora do Japão e não estão sujeitos a tributação do imposto residencial necessitarão realizar a declaração da renda anual da renda no exterior e outros, para que seja analisada com base nestas informações.)

Sendo que, será considerado parte do grupo familiar sustentado pelos avós quando estes coabitarem no mesmo endereço e a renda dos pais for inferior a um determinado valor ou quando a criança e os pais estão como dependentes (imposto residencial, seguro saúde, etc.) dos avós. E se os avós forem contribuintes do imposto residencial, não será possível receber o reconhecimento na nova categoria 3.

Cálculo da Diária

O Reconhecimento do Subsídio de Uso de Instituições de Cuidados Infantis iniciará à partir da data de requerimento ou de início de uso, o que ocorrer por último. Sendo que não será possível colocar em data retroativa. E, o valor do limite máximo do subsídio do mês será calculado em diária conforme ao número de dias restantes, quando o requerimento/início de uso ocorrer no decorrer do mês. Desta forma, recomenda-se realizar o requerimento o mais breve possível. (Nota: Haverá necessidade de ajuste com a Prefeitura local da cidade anterior no caso de mudança de outra cidade para esta com o reconhecimento contínuo.)

Documentos Necessários

Documentos para Comprovar o “Motivo pelo qual Necessita dos Serviços de Cuidados Infantis” (Somente p/ nova categoria 2 e 3)

Motivo		Documentos Necessários
Trabalho / Emprego		Atestado de Trabalho
Procura de Emprego / Iniciando um Negócio		Declaração (C) relativo aos Requisitos de Procura de Emprego
Frequente Escola		Comprovante de Matrícula (H), cópia do Certificado de Estudante ou de Participação do Curso e a programação do horário das aulas e outros.
Gravidez / Parto	Previsão de Parto	Cópia do Cupom de Exame de Saúde Geral Pré-Natal (Com a menção do nome da mãe e a data prevista para o parto)
	Pós-Parto	Cópia da pág. do Comprovante de Notificação de Nascimento, da Caderneta de Saúde Materno-Infantil.
Doença / Deficiência	Doente/Ferido	Formulário de Atestado Médico (D) da Prefeitura Municipal de Ota, devidamente preenchido pelo médico. (Com a menção do período que estará impossibilitado de cuidar da criança.)
	Deficiência Mental/Física	Cópia da Caderneta de Deficiência Física, Intelectual ou Mental (Pág. com o nome do portador e o grau da deficiência.)
Cuida de Familiar	Idoso ou com Deficiência	Declaração (F) e cópia da Caderneta de Deficiência Física, Intelectual ou Mental ou ainda, do Cartão do Seguro de Cuidados e Assistência Médica “Kaigo” (com o reconhecimento da necessidade de cuidados)
	Doente	Declaração (F) e o Formulário do Atestado Médico (G) da Prefeitura Municipal de Ota devidamente preenchido pelo médico.
Outros		Informe-se na Divisão Infantil “Kodomo-Ka”, da Prefeitura Municipal de Ota.



Documentos e Formulários Necessários

Consulte o item referente aos documentos de comprovação do “Motivo pelo qual Necessita dos Serviços de Cuidados Infantis”, na pág. acima.

Nota: Serão necessários os documentos de todos os responsáveis (pais). O requerente não deverá preencher os documentos que necessitam ser comprovados por terceiros. Além disso, os documentos necessitam ser comprovantes dos últimos 3 meses.

Outros Documentos Necessários

- ◆ Todos: Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para o Uso de Instituições de Cuidados Infantis, etc. e Formulário do Número de Pessoa Física “My Number”;
- ◆ Cópia do Certificado de Beneficiário do Subsídio de Subsistência “Seikatsu Hogo”, ao ser família beneficiária e, Declaração que Não Possui Residência neste País, Comprovante e declaração de Renda, ao não estar sujeito a tributação de imposto residencial devido não possuir endereço neste país;
- ◆ Cópia frente e verso do cartão de permanência “Zairyu Card” de todos os membros familiares de nacionalidade estrangeira. Sendo que, será necessário a permissão de permanência que permita trabalhar neste país, no caso do motivo ser “Trabalho / Emprego” ou “Procura de Emprego / Iniciando um Negócio”, para requerimento de reconhecimento na nova categoria 2 e 3. Assim, fique atento pois, não será aceito o requerimento de reconhecimento quando a permissão de permanência for “sem permissão para trabalhar”.

A notificação de resultado será enviado após o exame do requerimento e dos documentos necessários apresentados. Apresente imediatamente a notificação de resultado na instituição infantil que irá utilizar.

Requerimento de Reconhecimento (Alteração) do Subsídio de Educação/ Cuidados Infantis e de Uso de Instituição Infantil e Outros

施設コード	
認定証No.	

Exmo. Sr. Prefeito do Município de Ota

※ Preencha as informações necessárias em letra legível e assinale com um "✓" no quadradinho do item correspondente.

		Data		ano		mês		dia			
Dados da Criança	Leitura Japonesa					Data Nasc. (Ano ocidental / mês / dia)				Idade (Data base de 1ºabr./ano fiscal de reconhecimento)	Sexo
	Nome Completo					年	月	日			
(Requerente) Responsável (Pai/Mãe)	Leitura Japonesa					End. Atual	〒 -				
	Nome Completo										
Relação com a Criança	TEL Contato	① ()		② ()		③ ()					
		- -		- -		- -					

Nota: Escreva o número de telefone de contato na ordem de possibilidade de ser contatado durante o dia, tais como "(celular do pai)", "(celular da mãe)", "(casa da avó paterna)", etc.

① Situação do Grupo Familiar

	Relação c/ a Criança	Leitura Japonesa	Data Nasc. (Ano ocidental / mês / dia)				Ocupação (Nome Empresa, Escola, etc.)	Preencha o nome da Cidade ou País onde estava, ao não possuir o registro de residência em Ota em 1ºJan. de cada ano.		
		Nome Completo								Ano anterior ao Ingresso
Pais da Criança	Pai					年	月	日		
	Mãe					年	月	日		
Familiares que coabitam no mesmo endereço da Criança (Incluso os que estão registrados em Grupo Familiar separado.)						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		
						年	月	日		
Ajuda de Subsistência "Seikatsu Hogo"	☐ Não é beneficiário; ☐ Beneficiário (À partir do ano /mês .)					Situação Familiar	☐ Monoparental; (Somente um dos pais.) ☐ Há pessoa com deficiência; ☐ Outra, exceto as anteriores.			

② Instituição Infantil, Período de Uso, etc.]

Nome da Instituição Infantil (Vide "※1" abaixo)									
Data Reconhecimento (Data Início Uso)	Ano Jap. "Reiwa"	À partir de (ano/mês/dia)	年		月	1	日から	☐ Até antes de ingressar no ensino primário "shougakkou". ☐ Até o final do mês do ano /mês .	
Necessidade do Serviço de Cuidados Infantis e Classificação de Reconhecimento	Não há	☐ Categoria 1 (À partir de 3 anos completos) Opção pelo uso somente de jardim-de-infância que recebe o subsídio de escola particular e não usará o serviço de cuidados infantis, etc.							
	Há	☐ Categoria 2 (À partir de 3 anos) Ambos os responsáveis (pais) preenchem as condições do motivo pelo qual necessitam dos serviços de cuidados infantis e optam pelo uso de serviço de cuidados infantis, creche não licenciada, serviço de cuidados infantis temporário, serviço de cuidados infantis para criança em convalescença, programa de apoio à criação de filhos (Centro de Suporte Familiar, etc.), etc. ☐ Categoria 3 (0 à 2 anos) Ambos os responsáveis (pais) preenchem as condições do motivo pelo qual necessitam dos serviços de cuidados infantis e são <u>grupo familiar isento de imposto residencial</u> , optando pelo uso de serviço de cuidados infantis, creche não licenciada, serviço de cuidados infantis temporário, serviço de cuidados infantis para criança em convalescença, programa de apoio à criação de filhos (Centro de Suporte Familiar, etc.), etc.							
Tipo do Serviço que irá Usar		☐ Serviço de Cuidados Infantis (vide "※2") ☐ Creche Não Licenciada ☐ Serviço de Cuidados Infantis Temporário ☐ Programa de Apoio à criação de Filhos (Centro de Suporte Familiar, etc.) ☐ Serviço de Cuidados Infantis para Criança em Convalescença							
Período Reconhecimento Subsídio Educação Cuidados Infantis (Somente Requerente de Reconhecimento de Subsídio de Ed./Cuidados Infantis)	Ano Jap. "Reiwa"	À partir de (ano/mês/dia)	年		月		日から	Até antes de ingressar no ensino primário "shougakkou".	

※1. Preencha à seguir o endereço e o nº de telefone, no uso de instituição infantil localizada fora do Município de Ota.
End. Instituição Infantil: _____ Nº TEL: _____ - -
※2. O "Serviço de Cuidados Infantis" mencionado acima inclui creches não licenciadas que podem ser utilizadas quando os serviços prestados pelo jardim-de-infância ou outra instituição aplicável se enquadram nos itens (1) ou (2) abaixo.
(1) Horário de atendimento de menos de 8 horas em dias úteis, incluindo-se o de educação. (2) Menos de 200 dias de funcionamento por ano.
太田市役所 こども課・様式第12号の2(第13条の2関係)「教育・保育給付認定(変更)申請書兼施設等利用給付認定申込書」表面・ポルトガル語版

【③ Situação dos Pais】

v20250401

Preencha as informações necessárias nas lacunas e assinale com "✓" nos quadradinhos correspondentes.

Caderneta de Deficiência (CD)	Pai	☐ Não possui. ☐ Possui (☐ CD Física ☐ CD Intelectual ☐ CD Mental)				Nota: Anexar sem falta a cópia da caderneta.
	Mãe	☐ Não possui. ☐ Possui (☐ CD Física ☐ CD Intelectual ☐ CD Mental)				Nota: Anexar sem falta a cópia da caderneta.
Previsão de Gravidez / Parto		☐ Não ☐ Sim (Data Prevista: ano /mês /dia)				
Pai ou Mãe em Endereço Diferente ou Ausente	Endereço Diferente/ Ausente	☐ Pai ☐ Mãe	☐ Solteiro(a) ☐ Falecido(a) ☐ Outros ()			
			☐ Divórcio (Data Divórcio: ano /mês /dia)			
			☐ Trabalho longe da família. (End.:)			
			☐ Separação tendo em vista o divórcio. (End.:) (Mediação Judicial de Divórcio: ☐ Não haverá. ☐ Previsto. ☐ Haverá.)			

【④ Situação da Criança do Requerimento】

Preencha as informações necessárias nas lacunas e assinale com "✓" nos quadradinhos correspondentes.

É em quantos irmãos e qual é a sua ordem de nascimento?		Irmãos		Filho.
Caderneta de Deficiência (CD)	☐ Não possui. ☐ Possui (☐ CD Física ☐ CD Intelectual ☐ CD Mental)			
Nota: Anexar sem falta a cópia da caderneta.				

【⑤ Motivo pelo qual Necessita dos Serviços de Cuidados Infantis】

Nota: Desnecessário preencher ao não necessitar (categoria 1) dos serviços de cuidados infantis. Siga para o quadro do item "⑥" abaixo, leia e assine.

Selecione o motivo que melhor se enquadra dentre os "Itens do Motivo" pelo qual Necessita dos Serviços de Cuidados Infantis do pai e da mãe e, preencha o número do item correspondente para cada um.

Item do Motivo do Pai		Item do Motivo da Mãe	
Itens do Motivo	[1] Trabalho [2] Procura de Emprego (Incluso preparação p/ iniciar um negócio.) [3] Estudo (Frequenta Escola) [4] Gravidez/Parto [5] Doença/Deficiência [6] Cuida de Familiar Idoso/Enfermo/com Deficiência [7] Outros()		
	Data Prevista de Retorno ao Trabalho (Ao estar em licença maternidade / parental.)		Ano /mês /dia .
	Data (Previsão) Parto (Gravidez/Parto)		Ano /mês /dia .

【⑥ Consentimento para Requerimento e Inscrição】

- A consulta de informações referentes aos impostos municipais (incluso de pessoas que vivem do mesmo meio de subsistência da criança deste requerimento) e do grupo familiar, necessários para a Prefeitura Municipal de Ota realizar o reconhecimento do subsídio de educação / cuidados infantis e do uso de instituição infantil e outros.
- Solicitação de consulta e fornecimento de documentos necessários aos órgãos públicos e organizações competentes, para análise do requerimento de reconhecimento e verificação de informações fiscais municipais (incluso de pessoas que vivem do mesmo meio de subsistência da criança deste requerimento).
- A instituição infantil ou a empresa utilizada poderá receber o valor de uso da instituição e outros em nome do responsável (pais).
- As informações contidas no formulário de inscrição poderão ser fornecidas a instituição ou empresa correspondente, se necessário.
- O aviso do resultado de requerimento poderá ser adiado independentemente da data de realização do trâmite, na ocorrência da necessidade de tempo para o processo de exame devido a concentração de pedidos.
- Este requerimento não será aceito ao estar utilizando a creche de alguma empresa, na data optada para reconhecimento.
- A revogação (anulação) do reconhecimento do subsídio de uso de instituição infantil e outros quando o conteúdo deste requerimento contrariar a verdade.
- O reconhecimento não poderá ser concedido retroativamente à data do requerimento.

Consinto com todos os itens acima e solicito o reconhecimento e alterações referente ao subsídio de educação / cuidados infantis e também referente ao Subsídio de uso de Instituição Infantil e outros.

Assinatura Requerente: _____

Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para Uso de Instituições Infantis, Etc. Modelo de Preenchimento

Serviço de Cuidados Infantis de Criança c/ Categoria 1
(Nova Categoria 2 à 3)

- Preencha o requerimento e outros formulários necessários com a caneta esferográfica preta. Não será aceito documento preenchido à lápis ou caneta apagável, com uso de corretivos, etc.
- Trace uma linha dupla na informação que necessita corrigir e escreva a correta no espaço em branco, ao desejar corrigir algo. Sendo que, não será necessário o carimbo de correção.
- Será necessário 1 formulário de requerimento por criança. (Preencha um para cada criança, no caso de irmãos.)

Criança

(Nome completo, data nasc., idade e sexo (Otoko p/ "M" e Onna p/ "F"))

Requerente

(Nome e endereço completo)

Membros do Grupo Familiar

(Relação com a criança, nome completo, data nasc., ocupação (nome empresa/escola) e local de residência na data base de 1º jan. do ano anterior e do ano de ingresso.)

申請日		令和		XX		年		XX		月		XX		日			
申込児童	フリガナ	オオタ ウーゴ イチロウ										生年月日(西暦)		年齢(歳児) (認定希望年度のみ記入)		性別	
	氏名	Ota Hugo Ichiro										2 0 X X 年 XX 月 XX 日		1 3		Otoko	
フリガナ		オオタ ケイラ ハナコ										〒 3 7 3 - 8 7 1 8					
氏名		Ota Keila Hanako										現住所		Ota-Shi Hama-Cho 2-35			
児童	Haha	連絡先	① (Haha no Keitai)				② (Chichi no Keitai)				③ (Chichigata Sobo no Keitai)						
			070 - XXXX - XXXX				080 - XXXX - XXXX				090 - XXXX - XXXX						
連絡先は日中に連絡の取れる順に、(父の携帯) (母の携帯) (父方祖父の自宅) など、具体的に記入																	
【① 世帯の状況】																	
児童との続柄		フリガナ		氏名		生年月日(西暦)		職業 勤務先名・学校名等		各年1月1日に太田市に住民登録が無い場合、市区町村名又は国名を記入		入居の前年		入居する年			
申込児童の 父母 (世帯分離している同居家族も記入)	Chichi	オオタ カイオ タロウ		Ota Caio Taro		1 9 X X 年 XX 月 XX 日		(Kabu) OO Bussan		Gunma-Ken Isesaki-Shi		Tokyo-To Shinagawa-Ku					
	Haha	オオタ ケイラ ハナコ		Ota Keila Hanako		1 9 X X 年 XX 月 XX 日		OO Ginko (Kabu)		Gunma-Ken Isesaki-Shi							
	Ane	オオタ ミレーナ サクラ		Ota Milena Sakura		2 0 X X 年 XX 月 XX 日		OO Shougakkou		Gunma-Ken Isesaki-Shi							
	Imouto	オオタ ビアンカ カエデ		Ota Bianca Kaede		2 0 X X 年 XX 月 XX 日		OO Youchien		Gunma-Ken Isesaki-Shi							
	Chichigata Sobo	オオタ ジアーナ フミ		Ota Diana Fumi		1 9 X X 年 XX 月 XX 日		Mushoku									
生活保護 5 ☒ 適用なし・ ☐ 適用あり (年 月 日開始) 家庭の状況 ☐ ひとり親世帯・ ☐ 障がい者のいる世帯・ ☒ 上記以外																	
【②利用施設・期間など】																	
主な利用施設名(※1)		OO Kodomoen															
望日開始日		令和		X		年		XX		月		XX		日から		☒ 小学校就学前まで	
有無		無		☐ 第1号 (満3歳以上)		私学助成を受ける幼稚園の利用のみを希望し、預かり保育事業等は利用しない場合。											
区分		有		☒ 第2号 (3歳児以上)		保護者のいずれかが保育の必要性を満たし、預かり保育事業、認可外保育施設、一時預かり事業、(ニター事業)等の利用を希望する。											
				☐ 第3号 (0~2歳児)		認可外保育施設、一時預かり事業、(ニター事業)等の利用を希望し、かつ、市民税非課税世帯の場合。											
利用するサービスの種類		☒ 預かり保育事業(※2)		☐ 認可外保育施設		☐ 一時預かり事業		☐ 病児保育事業									
教育・保育給付認定期間(教育・保育給付認定申請者のみ)		令和		X		年		XX		月		XX				Preencha a data de início do reconhecimento na categoria 1.	
※1. 市外の施設を利用している場合は、その所在地と電話番号を記入してください。																	
施設所在地(市外のみ): XX-Ken OO-Shi △△ Chome I Ban 電話番号: XXX - XXX - XXXX																	

Preencher sem falta o endereço e o nº de telefone, p/ utilizar uma instituição infantil localizada fora do Município de Ota.

Observações Importantes no Preenchimento (Itens da numeração acima.)

- 1- Preencha a idade da criança na data base de 1º de abril do ano que deseja receber o reconhecimento correspondente;
- 2- Preencha em "Responsável (Requerente)" o nome do (a) responsável com registro de residência no Município de Ota. Os avisos serão enviados para esta pessoa. Sendo que esta pessoa poderá ser tanto o pai como a mãe porém, deverá ser a mesma pessoa ao haver irmãos. (Deverá ser a mesma pessoa ao haver irmão com o trâmite de reconhecimento já concluído.)
- 3- Preencha sem falta 3 números de contatos diurnos. E, escreva sem falta o nome completo e a relação com a criança, quando a pessoa de contato for alguém que não mora no mesmo endereço.
- 4- Não necessitará preencher ao possuir o registro de residência no Município de Ota na data base de 1º de janeiro do ano anterior e do ano de ingresso (reconhecimento).
- 5- Assinale no quadradinho correspondente e anexe a cópia dos certificados tais como o de beneficiário, ao ser família beneficiária do subsídio de subsistência "seikatsu hogo" e da caderneta de deficiência ao haver membro com deficiência.

Assinale os quadradinhos e preencha as lacunas correspondentes.
(Preencha em letra de forma legível.)

【③ 保護者の状況】

該当する項目に☑し、必要事項を記入してください。

障害者手帳の取得状況	父	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者福祉手帳) ※手帳の写しを必ず添付してください。
	母	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者福祉手帳) ※手帳の写しを必ず添付してください。
妊娠(出産)予定	☐ 無 ☐ 有 (予定日: 年 月 日)	
父または母が別住所・不存在の場合	別住所・不存在者	父 ☒ 母 ☐
		☐ 未婚 ☐ 死別 ☐ その他 ()
		☐ 離婚 (離婚日: 年 月 日)
		☒ 単身赴任 (住所地: Tokyo-To Shinagawa-Ku XX-XX OO Mansion XX Goshitsu)
		☐ 離婚前提の別居 (住所地:)
		(裁判離婚の調停 ☐ 無 ☐ 予定 ☐ 有)

【④ 申込児童の状況】

該当する項目に☑し、必要事項を記入してください。

申込児童は、何人きょうだいの何番目のお子様ですか。	3	人きょうだいの	2	番目
申込児童の障害者手帳の取得状況	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者福祉手帳) ※手帳の写しを必ず添付してください。			

【⑤ 保育の利用を必要とする理由】

*保育の希望が無(第1号)の方は、記入は不要です。⑤申請・申込にあたっての同意署名欄を記入ください。

保育を必要とする理由で最もあてはまるものを、下記の保育要件番号から1つ選択し、父母それぞれ番号で記入してください。

父の保育要件番号	1	母の保育要件番号	1
保育要件番号	【1】 病児・病後児保育を必要とする	【5】 乳幼児急病時対応型保育を必要とする	
定日取得の方)	Reiwa XX 年 X 月 XX 日		
定日産の方)	年 月 日		

Preencha o número correspondente do motivo pelo qual necessita dos serviços de cuidados infantis, dos responsáveis e anexe o comprovante necessário.

【⑥ 申請・申込にあたっての同意署名欄】

- ・太田市が施設等利用給付認定及び教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(申請書に記載のある児童の同一生計者の情報を含む)並びに世帯情報を閲覧すること。
- ・認定の審査及び市町村民税の情報(申請書に記載のある児童の同一生計者の情報を含む)の確認に当たって、提出された資料先または官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めること。
- ・施設等利用費は、保護者に代わり、利用する施設又は事業者が受領する場合があること。
- ・申請書に記載した内容は必要と認められる場合に、施設・事業者に提供する場合があること。
- ・認定事務が集中し審査等に日時を要する場合は、申請日に関わらず審査結果のお知らせを延期する場合があること。
- ・認定希望日現在で、企業主導型保育事業の利用がある場合は、本認定の申請はできないこと。
- ・申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すこと。
- ・申請日以前に遡って認定することはできないこと。

以上のことに同意し、教育・保育給付に係る認定及び変更並びに施設等利用給付に係る認定を申請します。

○ próprio requerente deverá firmar, após conferir o conteúdo.

申請者同意署名 Ota Keila Hanako

※ Apresente o Formulário do Número de Pessoa Física “My Number” da seguinte forma, ao entregar o Requerimento na Instituição Infantil:

- ① Preencha o formulário em letra de forma legível, cole a cópia e outros dos documentos necessários no verso, coloque num envelope e lacre;
- ② Escreva o nome completo da criança no envelope;
- ③ Grampeie-o no Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para Uso de Instituições Infantis, Etc.

Nome da Criança

姓	名	姓	名
h	i	r	o
o	t	a	k
e	i	l	a
h	a	n	a
k	o		

Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para Uso de Instituições Infantis, Etc. Modelo de Preenchimento

Jardim-de-Infância Particular (Nova Categoria 1 à 3)

- Preencha o requerimento e outros formulários necessários com a caneta esferográfica preta. Não será aceito documento preenchido à lápis ou caneta apagável, com uso de corretivos, etc.
- Trace uma linha dupla na informação que necessita corrigir e escreva a correta no espaço em branco, ao desejar corrigir algo. Sendo que, não será necessário o carimbo de correção.
- Será necessário 1 formulário de requerimento por criança. (Preencha um para cada criança, no caso de irmãos.)

Criança
(Nome completo, data nasc., idade e sexo (Otoko p/ "M" e Onna p/ "F"))

Requerente
(Nome e endereço completo)

Membros do Grupo Familiar
(Relação com a criança, nome completo, data nasc., ocupação (nome empresa/escola) e local de residência na data base de 1º jan. do ano anterior e do ano de ingresso.)

申請日		令和 XX 年 XX 月 XX 日	
申込児童	フリガナ 氏名	オオタ ウーゴ イチロウ Ota Hugo Ichiro	生年月日 (西暦) 2 0 X X 年 XX 月 XX 日 年齢 (歳児) 1 3 性別 Otoko
2	フリガナ 氏名	オオタ ケイラ ハナコ Ota Keila Hanako	〒 3 7 3 - 8 7 1 8 現住所 Ota-Shi Hama-Cho 2-35
3	Haha	連絡先 ① (Haha no Keitai) 070 - XXXX - XXXX	② (Chichi no Keitai) 080 - XXXX - XXXX ③ (Chichigata Sobo no Keitai) 090 - XXXX - XXXX
【① 世帯の状況】			
申込児童の 父母	児童との続柄 氏名	生年月日 (西暦)	職業 勤務先名・学校名等
Chichi	オオタ カイオ タロウ Ota Caio Taro	1 9 X X 年 XX 月 XX 日	(Kabu) OO Bussan
Haha	オオタ ケイラ ハナコ Ota Keila Hanako	1 9 X X 年 XX 月 XX 日	OO Ginko (Kabu)
Ane	オオタ ミレーナ サクラ Ota Milena Sakura	2 0 X X 年 XX 月 XX 日	OO Shougakkou
Imouto	オオタ ビアンカ カエデ Ota Bianca Kaede	2 0 X X 年 XX 月 XX 日	OO Youchien
Chichigata Sobo	オオタ ジーナ フミ Ota Diana Fumi	1 9 X X 年 XX 月 XX 日	Mushoku
生活保護 5 ☒ 適用なし・ ☐ 適用あり (年 月 日開始) 家庭の状況 ☐ ひとり親世帯・ ☐ 障がい者のいる世帯・ ☒ 左記以外			
【② 利用施設・期間など】			
主な利用施設名 (※1)		OO Youchien	
希望日 (開始日)	令和 X 年 XX 月 XX 日から	小学校就学前まで	
有無	無	第1号 ← Assinale no quadradinho de categoria 1 “第1号”.	
有無	有	第2号 (3歳児以上) ← Assinale no quadradinho ao optar pelo reconhecimento na nova categoria 2/3, utilizando o serviço de cuidados infantis.	
有無	有	第3号 (0歳児)	
利用するサービスの種類		預かり保育事業 (※2) ☒ 認可外保育施設 ☐ 一時預かり事業 ☐ 病児保育事業 ☐ 子育て援助活動支援事業 (ファミリーサポートセンター事業) ☐	
教育・保育給付認定期間 (教育・保育給付認定申請者のみ)		Desnecessário preencher. 日から 小学校就学前まで	
※1. 市外の施設を利用している場合は、その所在地と電話番号を記入してください。 施設所在地 (市外のみ): XX-Ken OO-Shi △△ Chome I Ban 電話番号: XXX - XXX - XXXX			

Preencha na data de reconhecimento a data de apresentação do requerimento ou a de início de uso, o que ocorrer por último.

Escreva o nome da criança na parte superior de um papel avulso e preencha os dados dos membros coabitantes que não foi possível preencher no requerimento, devido a falta de espaço.

Preencher sem falta o endereço e o nº de telefone, p/ utilizar uma instituição infantil localizada fora do Município de Ota.

Observações Importantes no Preenchimento (Itens da numeração acima.)

- 1- Preencha a idade da criança na data base de 1º de abril do ano que deseja receber o reconhecimento correspondente;
- 2- Preencha em “Responsável (Requerente)” o nome do (a) responsável com registro de residência no Município de Ota. Os avisos serão enviados para esta pessoa. Sendo que esta pessoa poderá ser tanto o pai como a mãe porém, deverá ser a mesma pessoa ao haver irmãos. (Deverá ser a mesma pessoa ao haver irmão com o trâmite de reconhecimento já concluído.)
- 3- Preencha sem falta 3 números de contatos diurnos. E, escreva sem falta o nome completo e a relação com a criança, quando a pessoa de contato for alguém que não mora no mesmo endereço.
- 4- Não necessitará preencher ao possuir o registro de residência no Município de Ota na data base de 1º de janeiro do ano anterior e do ano de ingresso (reconhecimento).
- 5- Assinale no quadradinho correspondente e anexe a cópia dos certificados tais como o de beneficiário, ao ser família beneficiária do subsídio de subsistência “seikatsu hogo” e da caderneta de deficiência ao haver membro com deficiência.

Requerimento de Reconhecimento do Subsídio para Uso de Instituições Infantis, Etc. Modelo de Preenchimento

Para Criança Não Inscrita tais como Creche Não Licenciada
(Nova Categoria 2 à 3)

- Preencha o requerimento e outros formulários necessários com a caneta esferográfica preta. Não será aceito documento preenchido à lápis ou caneta apagável, com uso de corretivos, etc.
- Trace uma linha dupla na informação que necessita corrigir e escreva a correta no espaço em branco, ao desejar corrigir algo. Sendo que, não será necessário o carimbo de correção.
- Será necessário 1 formulário de requerimento por criança. (Preencha um para cada criança, no caso de irmãos.)

Criança
(Nome completo, data nasc., idade e sexo (Otoko p/ "M" e Onna p/ "F"))

Requerente
(Nome e endereço completo)

Membros do Grupo Familiar
(Relação com a criança, nome completo, data nasc., ocupação (nome empresa/escola) e local de residência na data base de 1º jan. do ano anterior e do ano de ingresso.)

申請日 令和 XX 年 XX 月 XX 日	
申込児童 フリガナ 氏名 オオタ ウーゴ イチロウ Ota Hugo Ichiro	生年月日 (西暦) 2 0 X X 年 XX 月 XX 日
年齢 (歳児) (国家希望年度の4.1歳児) 1 3	性別 Otoko
2 フリガナ 氏名 オオタ ケイラ ハナコ Ota Keila Hanako	現住所 〒 3 7 3 - 8 7 1 8 Ota-Shi Hama-Cho 2-35
3 Haha 連絡先 ① (Haha no Keitai) 070 - XXXX - XXXX	② (Chichi no Keitai) 080 - XXXX - XXXX
③ (Chichigata Sobo no Keitai) 090 - XXXX - XXXX	
連絡先は日中に連絡の取れる順に、(父の携帯) (母の携帯) (父方祖父の自宅) など、具体的に記入	
【① 世帯の状況】	
児童との続柄 氏名 生年月日 (西暦) 職業 勤務先名・学校名等	各年1月1日に太田市に住民登録が無い場合、市区町村名又は国名を記入 入居の前年 入居する年
申込児童の Chichi オオタ カイオ タロウ Ota Caio Taro 1 9 X X 年 XX 月 XX 日 (Kabu) OO Bussan Gunma-Ken Isesaki-Shi Tokyo-To Shinagawa-Ku	4
Haha オオタ ケイラ ハナコ Ota Keila Hanako 1 9 X X 年 XX 月 XX 日 OO Ginko (Kabu) Gunma-Ken Isesaki-Shi	
Ane オオタ ミレーナ サクラ Ota Milena Sakura 2 0 X X 年 XX 月 XX 日 OO Shougakkou Gunma-Ken Isesaki-Shi	
Imouto オオタ ビアンカ カエデ Ota Bianca Kaede 2 0 X X 年 XX 月 XX 日 OO Youchien Gunma-Ken Isesaki-Shi	
Chichigata Sobo オオタ ジアーナ フミ Ota Diana Fumi 1 9 X X 年 XX 月 XX 日 Mushoku	
生活保護 ☒ 適用なし・ ☐ 適用あり (年 月 日開始)	
5 家庭の状況 ☐ ひとり親世帯・ ☐ 障がい者のいる世帯・ ☐ 左記以外	
【② 利用施設・期間など】	
利用施設名 (※1) 希望日 (開始日) 令和 X 年 XX 月 XX 日から	小学校就学前まで 年 月 日まで
認定区分 有 第2号 (3歳児以上) 第3号 (0~2歳児)	私立助成を受ける幼稚園の利用のみを希望し、預かり保育事業等は利用しない場合。 保護者のいずれもが保育の必要性を満たし、預かり保育事業、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業等の利用を希望する場合。 保護者のい病児保育事業し、かつ、施設、一時預かり事業、(事業)等の利用を希望
利用するサービスの種類 教育・保育給付認定期間 (教育・保育給付認定申請者のみ) 令和	認可外保育施設 一時預かり事業 病児保育事業 子育て援助活動支援事業 (ファミリーサポートセンター事業)
必要書類 Desnecessário preencher.	
施設所在地 (市外のみ) : XX-Ken OO-Shi △△ Chome I Ban 電話番号 : XXX - XXX - XXXX	

Preencher sem falta o endereço e o nº de telefone, p/ utilizar uma instituição infantil localizada fora do Município de Ota.

Observações Importantes no Preenchimento (Itens da numeração acima.)

- 1- Preencha a idade da criança na data base de 1º de abril do ano que deseja receber o reconhecimento correspondente;
- 2- Preencha em "Responsável (Requerente)" o nome do (a) responsável com registro de residência no Município de Ota. Os avisos serão enviados para esta pessoa. Sendo que esta pessoa poderá ser tanto o pai como a mãe porém, deverá ser a mesma pessoa ao haver irmãos. (Deverá ser a mesma pessoa ao haver irmão com o trâmite de reconhecimento já concluído.)
- 3- Preencha sem falta 3 números de contatos diurnos. E, escreva sem falta o nome completo e a relação com a criança, quando a pessoa de contato for alguém que não mora no mesmo endereço.
- 4- Não necessitará preencher ao possuir o registro de residência no Município de Ota na data base de 1º de janeiro do ano anterior e do ano de ingresso (reconhecimento).
- 5- Assinale no quadradinho correspondente e anexe a cópia dos certificados tais como o de beneficiário, ao ser família beneficiária do subsídio de subsistência "seikatsu hogo" e da caderneta de deficiência ao haver membro com deficiência.

Assinale os quadradinhos e preencha as lacunas correspondentes.
(Preencha em letra de forma legível.)

【③ 保護者の状況】

該当する項目に☑し、必要事項を記入してください。

障害者手帳の 取得状況	父	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者福祉手帳) ※手帳の写しを必ず添付してください。
	母	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者福祉手帳) ※手帳の写しを必ず添付してください。
妊娠(出産)予定		☐ 無 ☐ 有 (予定日: 年 月 日)
父または母が 別住所・不存 在の場合	別住所・ 不存 在者	父 ☒ 母 ☐
		☐ 未婚 ☐ 死別 ☐ その他 ()
		☐ 離婚 (離婚日: 年 月 日)
		☒ 単身赴任 (住所地: Tokyo-To Shinagawa-Ku XX-XX OO Mansion XX Goshitsu)
		☐ 離婚前提の別居 (住所地:)
		(裁判離婚の調停 ☐ 無 ☐ 予定 ☐ 有)

【④ 申込児童の状況】

該当する項目に☑し、必要事項を記入してください。

申込児童は、何人きょうだいの何番目のお子様ですか。	3	人きょうだいの	2	番目
申込児童の 障害者手帳の取得状況	☒ 無 ☐ 有 (☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者福祉手帳) ※手帳の写しを必ず添付してください。			

【⑤ 保育の利用を必要とする理由】

*保育の希望が無(第1号)の方は、記入は不要です。⑤申請・申込にあたっての同意署名欄を記入ください。

保育を必要とする理由で最もあてはまるものを、下記の保育要件番号から1つ選択し、父母それぞれ番号で記入してください。

父の保育要件番号	1	母の保育要件番号	1
保育要件 番号	【1】就労 【2】求職活動(起業準備) 【3】就学 【4】妊娠・出産	復職予定日 (産休・育休取得の方)	Reiwa XX 年 X 月 XX 日
	【5】疾病・障がい 【6】介護・看護 【7】その他 ()	出産(予定)日 (妊娠・出産の方)	年 月 日

【⑥ 申請・申込にあたっての同意署名欄】

・太田市が施設等利用給付認定及び教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報(申請書に記載のある児童の同一生計者の情報を含む)並びに世帯情報を閲覧すること。
・認定の審査及び市町村民税の情報(申請書に記載のある児童の同一生計者の情報を含む)の確認に当たって、提出された資料先または官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めること。
・施設等利用費は、保護者に代わり、利用する施設又は事業者が受領する場合があること。
・申請書に記載した内容は必要と認められる場合に、施設・事業者に提供する場合があること。
・認定事務が集中し審査等に日時を要する場合は、申請日に関わらず審査結果のお知らせを延期する場合があること。
・認定希望日現在で、企業主導型保育事業の利用がある場合は、本認定の申請はできないこと。
・申請内容が事実と相違した場合は、施設等利用給付認定を取り消すこと。
・申請日より前に遡って認定することはできないこと。

以上のことに同意し、教育・保育給付に係る認定及び変更並びに施設等利用給付に係る認定を申請します。

O próprio requerente deverá firmar, após conferir o conteúdo.

申請者同意署名 Ota Keila Hanako

Apresente o Requerimento acima juntamente com os seguintes documentos:

- Formulário do Número de Pessoa Física "My Number";
- Comprovante do Motivo pelo qual Necessita dos Serviços de Cuidados Infantis;
- Outros documentos necessários.