

Exemplo para Preenchimento (novo)

Formulário para Determinar a Qualificação (alteração)

施設型給付費・地域型保育給付費等 教育・保育給付認定（変更）申請書 兼 入園申込書

美濃加茂市長

宛

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る教育・保育給付認定（変更）申請及び保育所等の入園申込をします。

|                                     |                                                                      |                          |                                                                                                                                                          |                                                                                                |                                                                       |                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Nome da criança                     | Nome                                                                 |                          | Sexo                                                                                                                                                     | Data de nascimento                                                                             |                                                                       | Idade em 1/abril       |
|                                     | かも じろう<br>Kamo jiro                                                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F                                                                                      | <input type="checkbox"/> Heisei <input checked="" type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 5 mês 9 dia 7 |                                                                       | 3<br>anos              |
| Doença crônica, deficiência         | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Caderneta de deficiência | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                     | alergia                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  | Conversação em japonês |
| →conteúdo                           |                                                                      |                          | →Conteúdo                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                                       | →Idioma                |
| Nome do responsável (solicitante)   | Kamo Taro                                                            |                          | 住所 Minokamo-shi Ota-cho 3431-1                                                                                                                           |                                                                                                |                                                                       |                        |
| Tel.                                | 090 - xxxx - xxxx                                                    |                          | parentesco (mãe)                                                                                                                                         |                                                                                                | 090 - xxxx - xxxx parentesco (pai)                                    |                        |
| Deseja ou não colocar na creche (※) | <input checked="" type="checkbox"/> Sim                              |                          | Pelo motivo de trabalho, doença ou outros, desejo utilizar a creche ou outros (incluindo nos caso de pedido de inscrição junto com o jardim da infância) |                                                                                                | 小学校就学前子ども区分                                                           |                        |
|                                     | <input type="checkbox"/> Nao                                         |                          | caso deseje frequentar o jardim da infância e outros                                                                                                     |                                                                                                | 二号 (acima de 3 anos)<br>三号 (abaixo de 3 anos)<br>一号 (acima de 3 anos) |                        |

※ 「保育所等」とは、保育所、認定こども園（保育部分）、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。（以下同じ）  
「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。  
「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②（「利用を希望する時間」は除く）に必要事項を記入して下さい。  
変更申請の場合は①～③及び⑤に必要事項を記載してください。

①Formação Familiar

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| D<br>i<br>v<br>i<br>s<br>ã<br>o<br><br>M<br>e<br>m<br>b<br>r<br>o<br><br>d<br>a<br><br>f<br>a<br>m<br>i<br>l<br>i<br>a<br><br>e<br>x<br>c<br>e<br>t<br>o<br><br>a<br><br>c<br>r<br>i<br>a<br>n<br>ç<br>a<br><br>s<br>o<br>l<br>i<br>c<br>i<br>t<br>a<br>n<br>t<br>e | Nome                                                                                                           | relação com a criança                                                                                                                                                              | idade<br>idade em 1 de abril                                                                                                                                       | Data de nascimento<br>(ano, mês, dia)                                                                                                                             | sexo                                                                | Nome do contratante ou da instituição escolar, etc. |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | かも タロウ<br>Kamo Taro                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> pai<br><input type="checkbox"/> mãe<br><input type="checkbox"/> outros ( )                                                                     | 39                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Taisho <input checked="" type="checkbox"/> Showa <input type="checkbox"/> Heisei <input type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 62 m e s 5 dia 10 | <input checked="" type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Kaishain                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | My Number 〇〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | かも ハナコ<br>Kamo Hanako                                                                                          | <input type="checkbox"/> pai<br><input checked="" type="checkbox"/> mãe<br><input type="checkbox"/> outros ( )                                                                     | 37                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Taisho <input checked="" type="checkbox"/> Showa <input type="checkbox"/> Heisei <input type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 1 m e s 6 dia 12  | <input type="checkbox"/> M<br><input checked="" type="checkbox"/> F | Jieigyou                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | My Number 〇〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | かも イチロウ<br>Kamo Ichiro                                                                                         | <input type="checkbox"/> pai<br><input type="checkbox"/> mãe<br><input checked="" type="checkbox"/> outros ( )                                                                     | 12                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Taisho <input type="checkbox"/> Showa <input checked="" type="checkbox"/> Heisei <input type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 26 m e s 7 dia 14 | <input checked="" type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Mino Ota Shogakko 6 nensei                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | My Number 〇〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | かも ハナミ<br>Kamo Hanami                                                                                          | <input type="checkbox"/> pai<br><input type="checkbox"/> mãe<br><input checked="" type="checkbox"/> outros ( )                                                                     | 8                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Taisho <input type="checkbox"/> Showa <input checked="" type="checkbox"/> Heisei <input type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 30 m e s 8 dia 16 | <input type="checkbox"/> M<br><input checked="" type="checkbox"/> F | Mino Ota shogakko 2 nensei                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | My Number 〇〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇                                                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                     | かも イチタロウ<br>Kamo Ichitaro                                                                                      | <input type="checkbox"/> pai<br><input type="checkbox"/> mãe<br><input checked="" type="checkbox"/> outros ( )                                                                     | 64                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Taisho <input checked="" type="checkbox"/> Showa <input type="checkbox"/> Heisei <input type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 37 m e s 9 dia 18 | <input checked="" type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | Koumuin                                             |
| My Number 〇〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| かも ミノ<br>Kamo Mino                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> pai<br><input type="checkbox"/> mãe<br><input checked="" type="checkbox"/> outros ( ) | 63                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Taisho <input checked="" type="checkbox"/> Showa <input type="checkbox"/> Heisei <input type="checkbox"/> Reiwa<br>Ano 38 m e s 10 dia 20 | <input type="checkbox"/> M<br><input checked="" type="checkbox"/> F                                                                                               | Paato                                                               |                                                     |
| My Number 〇〇〇〇-▲▲▲▲-〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| Recebe Aux. Financeiro para a Subsistência                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Ano ____mês ____dia ____ (data que começou receber o auxílio)                                                 |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| Situação familiar                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Não é família de mãe ou pai solteiro <input type="checkbox"/> Família de mãe ou pai solteiro                                                   |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| Recebe o Subsídio de Amparo Infantil?                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                               |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| Algum familiar possui a Caderneta de Deficiência?                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Nome do titular: )                                                                                           |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| Recebe o Subsídio Especial de Amparo Infantil?                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (Nome do beneficiário: )                                                                                      |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |
| Uso de apoio ao desenvolvimento infantil, etc.                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> consulta <input type="checkbox"/> frequenta uma instalação (Nome do centro de apoio ao desenvolvimento infantil ) |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                                     |

Período e horário de uso desejado e o nome da instituição desejada (Administração)

|                                         |                                                                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Período de uso desejado                 | De ano Reiwa 9 mês 4 dia 1 até ano Reiwa 12 mês 3 dia 31                                                                         |                     |
| Horário de uso desejado                 | <input type="checkbox"/> Curto período (máximo 8 hs/dia) <input checked="" type="checkbox"/> Período integral (máximo 11 hs/dia) |                     |
| Nome da creche desejada (Administração) | <input type="checkbox"/> Desejo todas as creches da cidade (preencha até 6 opções)                                               |                     |
|                                         | 1ª opção Creche ○○                                                                                                               | 4ª opção Creche ☆☆  |
|                                         | 2ª opção Creche △△                                                                                                               | 5ª opção Creche x x |
|                                         | 3ª opção Creche □□                                                                                                               | 6ª opção Creche ◇◇  |
| Obs.                                    |                                                                                                                                  |                     |

○ Não utilize canetas apagáveis ou lápis. ○ Escreva claramente em letra de forma.

(表面)

③ Necessidades para a solicitação da creche

|                                |                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motivo que necessita da creche | Relação parental com a criança                                       | Motivo da necessidade para solicitar a creche                                                                                                                                                                                  |
|                                | <input checked="" type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe | <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho(Tempo de viagem só de ida : minutos) <input type="checkbox"/> gestação/parto <input type="checkbox"/> doença crônica/deficiência <input type="checkbox"/> cuidar de doente/idosos |
|                                | <input type="checkbox"/> Outros ( )                                  | <input type="checkbox"/> reparação da calamidade <input type="checkbox"/> busca de emprego(Tempo de viagem só de ida : minutos) <input type="checkbox"/> escolarização <input type="checkbox"/> outros ( )                     |
|                                | <input type="checkbox"/> Pai <input checked="" type="checkbox"/> Mãe | <input checked="" type="checkbox"/> Trabalho(Tempo de viagem só de ida : minutos) <input type="checkbox"/> gestação/parto <input type="checkbox"/> doença crônica/deficiência <input type="checkbox"/> cuidar de doente/idosos |
|                                | <input type="checkbox"/> Outros ( )                                  | <input type="checkbox"/> reparação da calamidade <input type="checkbox"/> busca de emprego <input type="checkbox"/> escolarização(Tempo de viagem só de ida : minutos) <input type="checkbox"/> outros ( )                     |

④ Admissão dos irmãos

|                                                                                                               |                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tem irmãos frequentando a creche atualmente? →Nome da criança ( ) Nome da creche ( ) |                                                                                                                          |
| →Nome da criança ( ) Nome da creche ( )                                                                       |                                                                                                                          |
| Caso for pedir para mais de 2 crianças                                                                        | →Nome das crianças ( ) ( )                                                                                               |
|                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Não vou querer a vaga caso forem para creches diferentes.                                       |
|                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Mesmo as ordens preferenciais sendo baixas, prefiro que ingressem na mesma creche.              |
|                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Mesmo sendo em creches separadas, prefiro que entre em creches seguindo a ordem de preferência. |
|                                                                                                               | ※Haverá caso que não será atendido conforme a solicitação.                                                               |

⑤ Caso haja alterações na solicitação \*Anexe o comprovante de aprovação do pagamento já emitido.

|                       |                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alterações realizadas | <input type="checkbox"/> Divisão pré-escolar da criança <input type="checkbox"/> Tempo de atendimento necessário <input type="checkbox"/> Razão da solicitação da creche |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- ・市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定及び保育料又は保育所等給食費の算定に必要な市町村民税の情報（同居者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。
- ・市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な文書の閲覧又は資料の提供を官公署に求めること。
- ・教育・保育給付認定子どもについて、小学校、他の特定教育・保育施設等、地域子ども・子育て支援事業を行う者、官公署その他の機関が保有する情報について情報共有すること。
- ・上記の情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示すること。
- ・申請内容が事実と相違した場合は、教育・保育給付認定を取り消すことがあること。
- ・保育料又は保育所等給食費の収納状況について、施設・事業者の情報提供することがあること。
- ・保育料又は保育所等給食費の滞納がある場合は、早急に完納し、完納が困難な場合は納付に対する誓約書を提出し、一日も早い完納に努めること。
- ・4月入所の場合は認定事務及び利用調整事務が集中するため審査に時間を要することから、支給認定証は利用調整の結果とともに配布すること。

上記の事項に同意します。

Reiwa ano 〇 mês 〇 dia 〇      Nome do responsável Kamo Taro

※市記載欄（保護者の記入は不要です。）

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認定の可否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 特定教育・保育給付認定番号 | 認定区分等                                                                                                                                           |
| 可・否（否とする理由）<br>令和 年 月 日認定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 支給（入所）の可否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | 有効期間                                                                                                                                            |
| 可・否（否とする理由）<br>( <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 )                                                                                                                                                                                                              |               | 自令和 年 月 日<br>至令和 年 月 日                                                                                                                          |
| 入所施設（事業者）名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                                                                                 |
| ( <input type="checkbox"/> 認定こども園( <input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 地)<br><input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) |               |                                                                                                                                                 |
| 備 考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                                                                                 |

※施設記載欄（施設（事業者）を経由して市町村に提出する場合）

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| 受付年月日       | 令和 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         |                                |

(裏面)