

Formulário de Solicitação de Reconhecimento de Subsídios

Ano Mês Dia

[Itens de concordância]
 1. Com a finalidade de aplicar o Reconhecimento de Subsídios confirmando a situação tributária municipal do requerente e dos parentes que moram na mesma residência, poderá ser solicitado documentos oficiais e materiais necessários para apresentação aos respectivos escritórios governamentais.
 2. Poderá ser feito consultas às partes relevantes como empregador dos pais, etc., com a finalidade de avaliar o Reconhecimento de Subsídios.
 3. As informações escritas no Formulário de Solicitação, poderá ser fornecida à instituição ou operador comercial quando necessário; como informações sobre Reconhecimento de Subsídios, pagamento das taxas de uso das instituições e cobranças de taxas de merenda escolar.
 4. Uma vez aprovada pela cidade, a taxa de uso da instituição e afins, poderá ser autorizada pela instituição ou operador comercial, representando o requerente.
 5. Caso a utilização for iniciada em abril do novo ano fiscal, o período da notificação dos resultados das verificações poderá ser adiado devido à demora causada pela concentração de serviços.
 6. Se o conteúdo da solicitação diferir dos fatos, o Reconhecimento de Subsídios poderá ser cancelada.
 7. Esta solicitação não poderá ser aceita caso na data atual da solicitação, estiver utilizando alguma Creche Estabelecida por Empresas.

Concordando com o acima descrito, realizo a Solicitação de Reconhecimento de Subsídios do programa governamental de Subsídios para Educação e Cuidados Infantis (Subsídios para Utilização de Instituições e Afins para Criação de Filhos)

Categoria da Qualificação Circular o aplicável de a) - d)	a)	Artigo No.19 Qualificação No.1	Utilização de Jardim da Infância Subsidiado/Estabelecimento Reconhecido Integrado (somente educacional)	Preencher somente verso
	b)	Artigo No.30-4 Qualificação No.1	Utilização de Jardim da Infância Particular Subsidiado (somente educacional)	
	c)	Artigo No.19 Qualificação No.2/Qualificação No.3	Utilização de Creche Credenciada e afins	Preencher frente e verso
	d)	Artigo No.30-4 Qualificação No.2/Qualificação No.3	Utilização de Instituições de Cuidado Infantil Temporário de Jardim da Infância /Creche não Credenciada e afins	
Período de certificação desejado	Ano Mês Dia	-	<input type="checkbox"/> Pré-escolar <input type="checkbox"/> Ano Mês Dia	

1 Requerente (pais/responsável)

Leitura em Kana		Data de nascimento	Ano Mês Dia
Nome		Endereço atual	
Contatos (1)	Celular do pai/mãe/telefone do local de trabalho do pai/mãe/casa/outros ()	Contatos (2)	Celular do pai/mãe/telefone do local de trabalho do pai/mãe/casa / outros ()

*Favor escrever em ordem de facilidade de contato durante o dia. *Escrever também o contato (2)

2 Criança do requerente

Leitura em Kana		Data de nascimento	Ano Mês Dia	My Number		*Tem ou não Caderneta de Deficiência, etc	<input type="checkbox"/> Tem
Nome							

*Carteira de Deficiência e afins: Carteira de Deficiência Física, Carteira de Deficiência Intelectual, Carteira de Bem-Estar e Saúde de Pessoas Portadoras de Distúrbio Psiquiátrico, Subsídio Especial para Sustentar Crianças, Pensão Nacional Básica por Deficiência (coluna abaixo "4 Situação da família")

3 Nome da instituição de uso / operador comercial (1ª. Opção para aplicação)

Leitura em Kana Nome da instituição		Tipo de serviço a ser utilizado	Data prevista para início (solicitação do mês desejado)
		Creches/Estabelecimento Reconhecido Integrado/Istituição Regional de Cuidados Infantis/Jardim da Infância/ Creches não Credenciadas/Cuidado Infantil Temporário/Cuidado Infantil de Criança com Doenças/Family Support	Ano Mês Dia

4 Situação familiar *Excluindo as crianças em aplicação

Leitura em Kana Nome	Relação com a criança aplicada	Idade	Data de Nascimento	Trabalho/local de estudos/local de cuidados infantis/local de moradia designada por trabalho	*Tem/Não Carteira de Deficiência, etc
Pais/responsável (Inclui o tutor que realiza a solicitação)		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
			Endereço em 1 de janeiro de 2024	Cidade de Ayase/Outra cidade () *escrever nome da prefeitura e província	
			Endereço em 1 de janeiro de 2023	Cidade de Ayase/Outra cidade () *escrever nome da prefeitura e província	
		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
			Endereço em 1 de janeiro de 2024	Cidade de Ayase/Outra cidade () *escrever nome da prefeitura e província	
			Endereço em 1 de janeiro de 2023	Cidade de Ayase/Outra cidade () *escrever nome da prefeitura e província	
(inclui pessoas que vivem juntas com agregados familiares separados/pessoas que vivem separadas mas possuem a mesma relação de subsistência)/pessoas que vivem juntas ou parentes, que não sejam pais/responsável da criança		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
		anos	My Number Ano Mês Dia		<input type="checkbox"/> Tem
Situação da família monoparental	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) (Ano Mês Dia) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) (Ano Mês Dia) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Vive separado antes do divórcio, desde (aproximadamente Ano Mês Dia) [Arbitragem <input type="checkbox"/> Não há <input type="checkbox"/> Há <<Certificado <input type="checkbox"/> Não há <input type="checkbox"/> Há>>]				
Situação do recebimento do Auxílio-subsistência	<input type="checkbox"/> Aplicável (data de início do Auxílio: Ano Mês Dia)				

給付認定申請書

年 月 日

【同意事項】

- 給付認定の審査並びに申請者及び同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、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があります。
- 給付認定の審査のために、保護者の雇用主などの関係者に照会を行うことがあります。
- 申請書に記載した内容は、給付認定及び施設等利用費の支給並びに施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設又は事業者に提供することがあります。
- 施設等利用費は、市が認めた場合は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に期間を要するため、審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合は、給付認定を取り消すことがあります。
- 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ません。

以上のことに同意の上、子どものための教育・保育給付（子育てのための施設等利用給付）の給付認定を申請します。

認定種別 ア～エのうち 該当に○	ア	法第19条 1号認定	施設型給付幼稚園・認定こども園を利用（教育部分のみ）	表面のみ記入
	イ	法第30条の4 1号認定	私学助成幼稚園を利用（教育部分のみ）	
	ウ	法第19条 2号認定／3号認定	認可保育所等を利用	両面記入
	エ	法第30条の4 2号認定／3号認定	幼稚園預かり保育・認可外保育施設等を利用	
認定期間の 希望	年 月 日		～ <input type="checkbox"/> 小学校就学前 <input type="checkbox"/> 年 月 日	

1 申請者（保護者）

フリガナ	生年月日	年 月 日
氏名	現住所	
連絡先① <small>父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）</small>	連絡先② <small>父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他（ ）</small>	

※連絡先は日中連絡のつきやすい順に記入してください ※連絡先②も記入してください。

2 申請に係る児童

フリガナ	生年月日	年 月 日	個人番号	障害者手帳等※の有無	<input type="checkbox"/> 有
氏名					

※ 障害者手帳等：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金（下欄「4 世帯の状況」において同じ）

3 利用（申込み第1希望）施設・事業名

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	利用開始予定日 （申込み希望月）
	保育所・認定こども園・地域型保育事業 幼稚園・認可外保育施設 一時預かり・病児保育・ファミサポ	年 月 日

4 世帯の状況※申請にかかる児童は除く

フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	年齢	生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先	障害者手帳等※ の有無
（申請を行う保護者を含む）		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
		令和6年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		令和5年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
（世帯保護者以外も生計が同一な家族や同居の同居者を含む）		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
		令和6年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		令和5年1月1日の住所	綾瀬市・綾瀬市外（ ） ※都道府県名・市区町村名を記入		
		歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有
			年 月 日		
歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
	年 月 日				
歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
	年 月 日				
歳	個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
	年 月 日				

ひとり親世帯の場合の状況
離婚（年 月 日）死別（年 月 日）未婚
離婚前提別居（年 月 日（頃）から【調停 無 有《証明書 無 有】）

生活保護の受給状況
該当（年 月 日保護開始）

裏面あり

***Preencher se selecionou U ou E no item 1**

5 Situação da necessidade de cuidado infantil *Caso o responsável seja outra pessoa além do pai e da mãe, preencher o nome no [].

		Mãe []		Pai []	
Motivo da necessidade de cuidado infantil		<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Gravidez/parto <input type="checkbox"/> Doença/deficiência <input type="checkbox"/> Enfermagem/cuidados <input type="checkbox"/> Estudos <input type="checkbox"/> Procura de emprego <input type="checkbox"/> Licença parental <input type="checkbox"/> Recuperação de desastres <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Doença/deficiência <input type="checkbox"/> Enfermagem/cuidados <input type="checkbox"/> Estudos <input type="checkbox"/> Procura de emprego <input type="checkbox"/> Licença parental <input type="checkbox"/> Recuperação de desastres <input type="checkbox"/> Outros	
Trabalho	Nome do local				
	Meio de transporte /tempo	Meio de transporte	a pé/bicicleta/ônibus/carro/trem/outros () *caso houver mais de uma opção circular todos.	Meio de transporte	a pé/bicicleta/ônibus/carro/trem/outros () *caso houver mais de uma opção circular todos.
		Tempo	Aprox. minutos (escrever o tempo de ida e volta)	Tempo	Aprox. minutos (escrever o tempo de ida e volta)
Licença parental	<input type="checkbox"/> Tirando licença parental		<input type="checkbox"/> Tirando licença parental		
Gravidez/parto (no momento da aplicação)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ⇒ (data prevista do parto) Ano Mês Dia				
Doença/deficiência, etc.	(Tipo da doença ou deficiência) (emissão de carteira) <input type="checkbox"/> Sim (Grau) <input type="checkbox"/> Não		(Tipo da doença ou deficiência) (emissão da carteira) <input type="checkbox"/> Sim (Grau) <input type="checkbox"/> Não		
Enfermagem/Cuidados	Aplicante	(relação familiar com a criança:)		(relação familiar com a criança:)	
	Nome da doença ou tipo de deficiência				
	Situação das consultas, etc.	<input type="checkbox"/> Internado/Frequente hospital (vezes por mês/semana) <input type="checkbox"/> Frequência a instituição/escola (vezes por semana) Nome da instalação ()		<input type="checkbox"/> Internado/Frequente hospital (vezes por mês/semana) <input type="checkbox"/> Frequência a instituição/escola (vezes por semana) Nome da instalação ()	
Em atividade de procura de emprego	Conteúdo da atividade:		Conteúdo da atividade:		
Estudos	Nome da escola				
	Meio de transporte /tempo	Meio de transporte	a pé / bicicleta / ônibus / carro / trem / outros () *caso houver mais de uma opção circular todos.	Meio de transporte	a pé / bicicleta / ônibus / carro / trem / outros () *caso houver mais de uma opção circular todos.
		Tempo	Aprox. minutos (escrever o tempo de ida e volta)	Tempo	Aprox. minutos (escrever o tempo de ida e volta)
Período	Até Ano Mês Dia		Até Ano Mês Dia		
Outros	Outros conteúdos que podem ser considerados difíceis de realizar cuidados infantis.		Outros conteúdos que podem ser considerados difíceis de realizar cuidados infantis.		
	Desastres/Outros ()		Desastres/Outros ()		

● Documentos em anexo

	Motivo da necessidade de cuidado infantil	Documentos necessários
1	Trabalho acima de 64h por mês	- Certificado de emprego (formulário padrão da cidade)(caso seja autônomo, será necessário 1 dos documentos listados em*1)
2	Gravidez e parto do filho seguinte	- Cópia da caderneta de saúde materno-infantil (cópia da capa e da página onde consta a data prevista para o nascimento)
3	Doença/deficiência dos pais ou responsável	- Cópia do Atestado Médico ou cópia da Carteira de Deficiência
4	Enfermagem/cuidados de parentes que moram juntos ou com longa hospitalização.	- Cópia do Atestado Médico ou de Enfermagem / Cuidados. Cópia dos documentos de certificação da pessoa que atende
5	Recuperação de desastres	- Documento que possa comprovar o fato, como Comprovante de Vítima de Desastre (Risai Shoumeisho)
6	Em atividade de procura de emprego	- Cópia do comprovante da recepção do Hello Work ou formulário de inscrição mostrando a situação da procura de emprego
7	Estudos (Escolas de Treinamento Vocacional)	- Carteira de estudante (ou certificado de matrícula) ou documentos que comprovem a frequência de treinamento vocacional e as horas de estudos.
8	Licença infantil do(a) filho(a) menor	- Formulário de solicitação de admissão devido a licença parental (prorrogação) (Formulário padrão da cidade)

*1 Cópia da notificação de abertura de empresa, cópia do alvará de funcionamento, cópia do certificado de registro, cópia da declaração fiscal (canhoto), etc., que comprove a renda dos empreendimentos.

*Coluna de uso da cidade

Data de recepção	Ano	Mês	Dia	Código da criança	Nome da instalação	No. de Reconhecimento
Possível ou não o Reconhecimento	Possível/Impossível	Motivo em caso de impossibilidade de reconhecimento				
Categoria do Reconhecimento, etc.	Artigo 19º da Lei <input type="checkbox"/> No.1 <input type="checkbox"/> No.2 <input type="checkbox"/> No.3		Artigo 30º - 4 da Lei <input type="checkbox"/> No.1 <input type="checkbox"/> No.2 <input type="checkbox"/> No.3		<input type="checkbox"/> Confirmação do número	
Observação					<input type="checkbox"/> Confirmação da identidade	
					Outros	Adição de números / outros ()

A decisão pode ser realizada sobre a aplicação acima? Em relação à solicitação acima, podemos emitir e notificar conforme consta no documento anexo após estabelecido as decisões?

Campo de Supervisão				Carimbo oficial	Recebimento	/ /
Supervisor	Supervisor Geal Responsável	Encarregado		Responsável	Rascunho	/ /
					Aprovação	/ /
					Emissão	/ /

※ 1でウ又はエを選択した場合に記入してください。

5 保育を必要とする状況 ※保護者が父母以外の場合は、〔 〕に氏名を記入してください。

		母〔 〕		父〔 〕		
保育を必要とする事由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 育休 <input type="checkbox"/> 災害の復旧 <input type="checkbox"/> その他		
就労	勤務先名					
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
		通勤時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）		通勤時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）
育休		<input type="checkbox"/> 育休取得中		<input type="checkbox"/> 育休取得中		
妊娠・出産（申請時点）		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒（出産予定日） 年 月 日				
疾病・障がい等		（疾病又は障がいの種類）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無		（疾病又は障がいの種類）（手帳交付） <input type="checkbox"/> 有（ 級） <input type="checkbox"/> 無		
介護・看護	対象者	（児童との続柄： ）		（児童との続柄： ）		
	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院（月・週 回）		<input type="checkbox"/> 入院中 通院（月・週 回）		
		<input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回） 施設名（ ）		<input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回） 施設名（ ）		
求職活動等		活動の内容：		活動の内容：		
就学	学校名					
	通学手段・時間	通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。		通学手段	徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他（ ） ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。
		通学時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）		通学時間	約 分（往復時間を記入して下さい。）
	期間	年 月 日まで		年 月 日まで		
その他		保育を行うことが困難と認められる内容 災害・その他（ ）		保育を行うことが困難と認められる内容 災害・その他（ ）		

●添付書類

	保育を必要とする事由	必要書類
1	月64時間以上の就労	・就労証明書（市様式）（自営業の方は他に※1の書類のいずれか1つも必要）
2	下の子の妊娠・出産	・母子手帳の写し（表紙と出産予定日を記入したページの写し）
3	保護者の疾病・障害	・主治医の診断書、又は障害者手帳の写し
4	同居又は長期入院している親族の介護・看護	・主治医の診断書、又は被介護・看護。付添者の証明書類の写し
5	災害復旧	・罹災証明書等事実を証明できる書類
6	求職活動	・ハローワーク受付票の写し又は求職活動の状況が分かる申立書
7	就学（職業訓練校）	・学生証（又は在学証明書）、もしくは職業訓練の受講が分かる書類及び就学時間が分かる書類
8	下の子のための育休	・育児休業（延長）に伴う継続入所についての申立書（市様式）

※1 開業届の写し・営業許可証の写し・登記事項証明書の写し・確定申告書（控え）等の事業の収入を証明するものの写しなど

※市記載欄

受付年月日	年 月 日	こどもコード	施設名	認定証番号
認定の可否	可・否	認定しない場合の理由		
認定区分等	法19条 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	法30条の4 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号		<input type="checkbox"/> 番号確認
備考				<input type="checkbox"/> 身元確認
				その他

上記の申請について、決定してよいでしょうか。また、決裁後は別紙のとおり交付又は通知してよいでしょうか、併せて伺います

決 裁 欄				公印	受付	・	・
課長	担当総括者	担当員	担当		起案	・	・
					決裁	・	・
					交付	・	・