

Atestado de Trabalho 就労証明書 (放課後児童クラブ用) (ポルトガル語版)

豊田市

Veja o modelo de preenchimento no verso

① A ser preenchido pelo Responsável	Funcionário(a) (Responsável pela criança) 就労者 (保護者)	Nome 氏名				
		End. 住所				
② Se a cópia do Cartão do Seguro de Saúde (do Shakai Hoken) NÃO FOI anexada: o campo deve ser preenchido pelo Empregador. Caso contrário, deve ser preenchido pelo Responsável.	Data de admissão (ou previsão) 就労開始 (予定) 日	Trabalha desde: (ano) (mês) (dia) 1 年 月 日から就労している	Previsão para iniciar o trabalho em: (ano) (mês) (dia) 2 年 月 日から就労予定である			
	Tipo de contrato 雇用形態	<input type="checkbox"/> Fixo 正規 <input type="checkbox"/> Terceirizado (empregadeira) 派遣 <input type="checkbox"/> Meio-período/Temporário 臨時・パート <input type="checkbox"/> Autônomo 自営 <input type="checkbox"/> Outra modalidade 其他 ()				
	Tipo de serviço (especifique) 仕事の内容 (具体的に記入)					
	Jornada de trabalho 勤務状況	Dias por mês 日数	1ヶ月平均 Em média: dias por mês 日			
		Horário 就労時間	De (Manhã 午前/Tarde 午後) h 時 m 分 ~ às (Manhã 午前/Tarde 午後) h 時 m 分			
		Dias da semana 就労曜日	<input type="checkbox"/> Seg 月 <input type="checkbox"/> Ter 火 <input type="checkbox"/> Qua 水 <input type="checkbox"/> Qui 木 <input type="checkbox"/> Sex 金 <input type="checkbox"/> Sáb 土 <input type="checkbox"/> Dom 日			
	Local de trabalho 主な就労場所	Alocado em 勤務先の名称				
Endereço 所在地						
Telefone 電話番号						
Jornada média dos últimos 3 meses 過去3か月の勤務実績	(mês) (dias efetivamente trabalhados) 月 日間勤務	(mês) (dias efetivamente trabalhados) 月 日間勤務	(mês) (dias efetivamente trabalhados) 月 日間勤務			
③ A ser preenchido pelo Empregador ou Responsável	Preencher APENAS UM dos campos abaixo. 以下のいずれかを記入してください。 Se a cópia do Cartão do Seguro de Saúde (do shakai hoken) NÃO FOI anexada: o campo "EMPREGADOR" deve ser preenchido pelo Empregador. Se a cópia do Cartão do Seguro de Saúde (do shakai hoken) FOI anexada: o campo "RESPONSÁVEL" deve ser preenchido pelo Responsável pela criança.					
	Responsável 保護者記入欄		Empregador (incluindo autônomos) 事業所記入欄			
	Declaro que trabalho como especificado acima. 上記のとおり就労していることを申し立てます。 【Declarante 申出者】 Data (ano/mês/dia) 西暦 年 月 日 Nome do Responsável 保護者氏名		上記の者の就労について相違ないことを証明します。Declaro que o conteúdo acima é fiel expressão da verdade. 【証明者】 Data (ano/mês/dia) 西暦 年 月 日 所在地 Endereço 事業所名 Nome da empresa 代表者氏名 Presidente 担当者氏名 Encarregado 電話 Telefone			
	Cole a cópia do Cartão do Seguro de Saúde					

Srs. Responsáveis

- ※ Inscritos no Seguro Social (Shakai Hoken): Não é necessário que o empregador preencha este formulário. O(a) próprio(a) responsável deve preencher os campos indicados acima e anexar uma cópia do Cartão do Seguro de Saúde.
- ※ Inscritos no Seguro Social (Shakai Hoken): Se o Cartão de Seguro expirar durante o período de participação no Clube, é necessário rerepresentar o Atestado de Trabalho juntamente com a cópia do novo Cartão.
- ※ Para proteger informações pessoais, por favor oculte o número do Segurado e da Entidade Gerenciadora (veja o exemplo no verso).
- ※ Autônomos: Apresente a Via do Declarante da Declaração Anual de Imposto de Renda (Kakutei Shinkoku no Utsushi) ou algum documento que comprove o início das atividades empresariais (Declaração de Abertura de Empresa (Kaigyō Todoke) etc.). O nome comercial deve constar no documento.
- ※ Se o Empregador emitir um Atestado de Trabalho próprio da empresa, certifique-se de que as informações dos campos ② e ③ estão sendo fornecidas. Preencha então somente os campos ① e ④ acima e anexe o Atestado de Trabalho da empresa a este documento.
- ※ As condições de trabalho serão verificadas periodicamente. Conserve em seu poder cópias de contrato de trabalho, contracheques etc.
- ※ As informações aqui constantes serão utilizadas única e exclusivamente para fins de participação no Programa.
- ※ Comunique imediatamente ao Clube eventuais alterações nas condições trabalhistas aqui constantes.

④ A ser preenchido pelo(a) Responsável 保護者記入欄	Nome da escola 小学校	Série 学年 年生	Este atestado é do(a): 児童と就労者との続柄	
		Nome do(a) aluno(a) 児童氏名	Pai 父/Mãe 母/Avô 祖父/Avó 祖母/ Outro 他 () da criança	

記入例 Exemplo

(ポルトガル語版)

※Campo a ser preenchido pelo(a) responsável

Estes campos devem ser preenchidos pelo empregador se o(a) responsável indicado(a) no campo 1 do Atestado não está inscrito no Seguro Social (Shakai Hoken).

No caso de inscritos no Seguro Nacional de Saúde (Kokumin Kenko Hoken), é obrigatório apresentar este Atestado preenchido pela empresa empregadora.

Atestado de Trabalho 就労証明書 (放課後児童クラブ用)

豊田市

Funcionário(a) (Responsável pela criança) 就労者 (保護者)	Nome 氏名 Ichiro Toyoda
End. 住所	NISHIMACHI 3-60
Data de admissão (ou previsão) 就労開始 (予定) 日	Trabalha desde: (ano) (mês) (dia) 2000 年 4 月 1 日から就労している
Previsão para iniciar o trabalho em: (ano) (mês) (dia)	Previsão para iniciar o trabalho em: (ano) (mês) (dia)
Type de contrato 雇用形態	<input type="checkbox"/> Fixo 正規 <input checked="" type="checkbox"/> Veio-período/Temporário 臨時・パート <input type="checkbox"/> Outra modalidade その他 ()
Type de serviço (especifique) 仕事の内容 (具体的に記入)	Projetojista de prensas
Dias por mês 日数	1ヶ月平均 Em média: 20 dias por mês 日
Horário 就労時間	De (manhã) 午前/Tarde 午後 9 h 時 00 m 分 ~ às (Manhã 午前/Tarde 午後) 5 h 時 00 m 分
Dias da semana 就労曜日	Seg. 日 Ter. 日 Qua. 日 Qui. 日 Sex. 日 Sáb. 日 Dom. 日
Local de trabalho 主な就労場所	Alocado em 勤務先の名称 ABC Corp. Endereço 所在地 Toyota-shi Nishimachi 3-XX Telefone 電話番号 0565-12-34 X X
Jornada média dos últimos 3 meses 過去3か月の勤務実績	(mês) (dias efetivamente trabalhados) (mês) (dias efetivamente trabalhados) 8 月 21 日 間勤務 9 月 22 日 間勤務 10 月 17 日 間勤務
Preencher APENAS UM dos campos abaixo. 以下のいずれかを記入してください。 Se a cópia do Cartão do Seguro de Saúde (do shakai hoken) NÃO FOI anexada: o campo "licença-maternidade" deve ser preenchido pelo empregador. Se a cópia do Cartão do Seguro de Saúde (do shakai hoken) FOI anexada: o campo "RESPONSÁVEL" deve ser preenchido pelo Responsável pela criança.	
Responsável pelo Empregador ou	Empregador (incluindo autônomos) 事業所記入欄 Declaro que trabalho como especificado acima. 上記の者の就労について相違ないことを証明します。Declaro que o conteúdo acima é fiel expressão da verdade. 【Declarante 申出者】 Data (ano/mês/dia) 西暦 X X X X 年 11 月 30 日 Nome do Responsável 代表者氏名 Aichi Taro Ichiro Toyoda 担当者氏名 Mikawa Jiro 電話 Telefone 0565-12-34 X X
Responsável	Empregador (incluindo autônomos) 事業所記入欄 Declaro que trabalho como especificado acima. 上記の者の就労について相違ないことを証明します。Declaro que o conteúdo acima é fiel expressão da verdade. 【Declarante 申出者】 Data (ano/mês/dia) 西暦 X X X X 年 11 月 30 日 Nome do Responsável 代表者氏名 Aichi Taro Ichiro Toyoda 担当者氏名 Mikawa Jiro 電話 Telefone 0565-12-34 X X

Srs. Responsáveis
 * Inscrições no Seguro Social (Shakai Hoken): Não é necessário que o empregador preencha este formulário. O(a) próprio(a) responsável deve preencher os campos indicados acima e anexar uma cópia do Cartão de Seguro de Saúde.
 * Inscrições no Seguro Social (Shakai Hoken): Se o Cartão de Seguro expirar durante o período de participação no Clube, é necessário representar o Atestado de Trabalho juntamente com a cópia do novo Cartão.
 * Para proteger informações pessoais, por favor oculte o número do Segurado e da Entidade Gerenciadora (veja o exemplo no verso).
 * Autônomos: Apresente a Via do Declarante da Declaração Anual de Imposto de Renda (Kakuri Shinkoku no Usushi) ou algum documento que comprove o início das atividades empresariais (Declaração de Abertura de Empresa (Kaigyō Todokoe) etc.). O nome comercial deve constar no documento.
 * Se o Empregador fornecer um Atestado de Trabalho próprio, certifique-se de que as informações de que se trata são as informações.
 * Os itens ① e ④, acima e anexo o Atestado de Trabalho da empresa a este documento.
 * As condições de trabalho serão verificadas periodicamente. Conserve em seu poder cópias de contrato de trabalho, contracheques etc.
 * As informações aqui constantes serão utilizadas única e exclusivamente para fins de participação no Programa.
 * Comuniquem imediatamente ao Clube eventuais alterações nas condições: trabalhadoras aqui constantes.

※Campo a ser preenchido pelo(a) responsável

Campos a ocultar no Cartão de Seguro de Saúde

本人 (被保険者) 2020年〇月〇日交付
 △△△保険組合
 被保険者証 記号 1234 番号 1234567 01

氏名 番号 花子 性別 女
 生年月日 平成元年3月31日生
 資格取得年月日 平成25年4月1日
 発行機関所在地 東京都千代田区〇〇〇

保険者番号 88888888
 名称 △△△保険組合

事業所代表者様
 放課後児童クラブは、就労などにより保護者が居間家庭にいない児童を対象に、授業が終了した放課後に生活の場を確保し、児童の健全育成を行う事業です。このため児童の家庭状況を把握する必要がありますが、当証明書はそのためのものです。ご記入のほどよろしくお願いたします。
 豊田市役所 ことども・若者政策課 (0565) 34-6630

• Se já estiver empregado(a) à época da emissão do Atestado, circule 1 e escreva a data que começou a trabalhar. Em caso de previsão de emprego, vaga assegurada ou retorno da licença-maternidade, assinale 2 e escreva a data prevista de início das atividades.
 証明時点ですでに雇用されている場合は「1」への記入。
 証明時点でまだ雇用されていない場合は「2」への記入をお願いします。

• Se o horário de trabalho for instável, preencha a média ou horários mais frequentes.
 勤務時間が一定でない場合、主たる時間帯で記入ください。

• Inclua horas extras, se forem constantes, e intervalos. 常時残業を行う場合や休憩時間なども含めて記入ください。
 • Se ainda não está efetivado(a), escreva a previsão da jornada. 証明時点でまだ雇用されていない場合は、予定でご記入ください。

• Se o local de trabalho difere do endereço do empregador (alocação de mão-de-obra, empreiteiras etc.), escreva o nome do local de trabalho, endereço e respectivo telefone.
 派遣社員等で、勤務場所が証明する事業所と異なる場合は、この欄に派遣先の事業所をご記入ください。

※ Se o(a) responsável em licença-maternidade/paternidade é o(a) titular do Seguro Social cuja cópia está anexada a este documento: Escreva a data prevista de retorno ao trabalho em algum espaço em branco.

申込書提出時に育児休暇中の方は、保護者本人が被保険者となつていくの勤務先発行の保険証(市町村が発行する国民健康保険証は除く)の写しを添付して本枠内を記入し、欄外に復帰予定を見込みでご記入ください。

• Aceita-se a autenticação pelo diretor do departamento ao qual está ou estará vinculado(a). Não é necessário o carimbo oficial da empresa ou do presidente. Entretanto, este campo não pode ser preenchido ou corrigido pelo próprio responsável.
 ※ 押印の必要はありませんが、事業所が記入した部分を保護者自身が訂正することはできません。

• As condições de trabalho e/ou estudo dos responsáveis serão verificadas periodicamente.
 ※ 適正管理のために就労状況等について会社(学校等)に確認させていただくことがあります。

• No caso de autônomos, o(a) próprio(a) responsável deve preencher este formulário.
 自営業の方は、保護者本人が証明者としてご記入ください。

Srs. responsáveis

- Informações falsas podem resultar no cancelamento de matrícula da criança, por parte da instituição.
- Todas as informações apresentadas (no Formulário de inscrição, Atestados e documentos etc.) serão verificadas periodicamente. Ocasionalmente, pode ser necessário apresentar contracheques, portanto mantenha-os guardados.
- Na falta de espaço, utilize os espaços disponíveis ou anexe os documentos necessários a este Atestado.
- Se desejar privacidade, entregue este Atestado e outros documentos dentro de um envelope.

※ 証明書に虚偽の記載があった場合、年度途中で参加の決定を取り消します。
 ※ 適正管理のために保護者の収入明細等関係書類の保管をお願いします。
 ※ 必要に応じてご協力をお願いします。
 ※ 内容の補正等がある場合、当証明の欄外へのご記入や別添付等にてお知らせください。
 ※ プライバシーに関する事項が記載されていますので、必要の方は封筒に入れるなどして提出してください。