

Asistencia a los costos a niños con discapacidad Apoyo y consultas para niños con discapacidad
Solicitud de prestación, solicitud de reducción o exención del pago a cargo del usuario y notificación de solicitud de
apoyo y consultas para niños con discapacidad

(Destinatario) Director de la Oficina de Bienestar Social de la ciudad de Komaki

Por la presente presento la siguiente solicitud. Para la resolución de esta solicitud, autorizo que se investiguen, consulten y
examinen

los datos fiscales de mi familia, así como la situación relativa a la percepción de prestaciones de asistencia social.

Fecha de solicitud Reiwa 8 año 4 mes 1 día

Aplicante	Furigana	コマキ タロウ	Fecha de Nacimiento	Taisho Showa Heisei Reiwa año 3 mes 1 día 1
	Nombre	Komaki Tarou My Number : 11111111111		
	Dirección	〒 485-8650 Komaki shi Horinouchi 3-1 Teléfono 0568-76-1127		
Nombre del niño (a) que solicita el beneficio	Furigana	コマキ ショウタロウ	Fecha de Nacimiento	Heisei Reiwa Año 5 mes 1 día 1
		Komaki Shoutarou My Number : 33333333333	Relación	Ko
Número del Carnet de discapacidad física		Número del Carnet de discapacidad intelectual		Número del Carnet de Salud mental y Bienestar Social
				Nombre de la enfermedad

Situación de uso de	Servicios relacionados al Bienestar Social para personas con discapacidad	Tipo y contenido de los servicios actualmente utilizados
Apoyo solicitado	Tipo de Apoyo	Descripción detallada del contenido de la solicitud: (Para cada servicio, informar el contenido de uso y la fecha deseada del inicio) (en el caso de consulta/apoyo para niños con deficiencia, escribir el nombre de la institución)
	☒ Apoyo para el desarrollo infantil (excepto los servicios con tratamiento para niños con discapacidad física)	Apoyo al desarrollo infantil 23 días/mes
	☐ Servicio de apoyo para el desarrollo infantil (limitado a los servicios de tratamiento para niños con discapacidad física)	
	☐ Servicio de actividades después de la escuela para niños con discapacidad	
	☐ Servicio de apoyo para visita a jardines infantiles, escuelas o instituciones equivalentes	
☒ Servicio de apoyo y orientación para niños con discapacidad	Asesoramiento para niños con discapacidad: Centro de Asistencia y Asesoramiento ○○	

Doy mi consentimiento para que los funcionarios de Bienestar Social de la ciudad de Komaki consulten, soliciten información y examinen los registros públicos y otros documentos relativos a la situación fiscal de mi familia y a la percepción de prestaciones de asistencia social, con el fin de tomar una decisión sobre esta solicitud (notificación). Así también, en caso de que sea necesario para elaborar un plan de apoyo a niños con discapacidad o un plan de apoyo ambulatorio, doy mi consentimiento para que la Oficina de Bienestar Social de la ciudad de Komaki facilite el contenido de la entrevista sobre mis preferencias respecto al uso del apoyo ambulatorio, así como la totalidad o parte del informe médico, a los responsables de los organismos de apoyo y asesoramiento a niños con discapacidad designados, a los prestadores de servicios de apoyo

Komaki Tarou

Médico responsable (※)	Nombre del médico responsable		Nombre de la institución médica	
	Dirección	〒 Teléfono		

Tipo de reducción o exención solicitada	☐ I. Certificación relativa al límite máximo mensual de la cuota Solicito la aplicación de una de las categorías siguientes. (Marque con una «○» la opción que corresponda. Si ninguna de ellas se ajusta a su caso, déjelo en blanco.) 1. Hogares beneficiarios de la Asistencia de Bienestar Social 2. Personas pertenecientes a hogares exentos del impuesto municipal sobre la renta 3. Personas pertenecientes a hogares sujetos al impuesto municipal sobre la renta (con una base inferior a 280.000 yenes)
	☐ II. Certificación relativa a las medidas de reducción de la cuota por familias numerosas Solicito la aplicación de la categoría que se indica a continuación. (Marque con una «○» la opción que corresponda.) 1. Personas con un segundo hijo 2. Personas con un tercer hijo o más * Es necesario presentar un certificado de matricula en la guardería, etc.
	☐ III Reconocimiento relativo a las medidas de prevención de la transición a la asistencia social (medidas de exención o reducción de la cuota a cargo del beneficiario, medidas excepcionales de prestaciones complementarias) Solicito las medidas de prevención de la transición a la asistencia social (☐ medidas de exención o reducción de la cuota a cargo del beneficiario ☐ medidas excepcionales de prestaciones complementarias). * Es necesario presentar el certificado de pertenencia al grupo de personas en situación de vulnerabilidad económica expedido por la oficina de Bienestar Social.

En todos los casos, la solicitud deberá ser presentada con documentos que comprueben los hechos declarados.

Solicitante	☒ Solicitante ☐ Otra persona diferente al solicitante (llenar los datos de abajo)		
Nombre		Relación con el solicitante	
Dirección	〒 Teléfono		