

Modelo de preenchimento

Preencher os itens 1 ~ 4
(4 é só para quem recebe pensão)

Em relação a ① e ②,
Marque um no que corresponda.
(Se você estiver hospitalizado ou internado, preencha as informações necessárias.)

1 Por favor, marque um (✓) no que corresponda.

① Recebe pensão? → (pensão nacional, pensão social, pensão por invalidez, pensão de órfãos/viuvez, etc.)

Sim, recebo. apresente uma cópia do seu certificado de pensão

Em processo para começar a receber a pensão

Não recebo (Não há transferência do banco do Serviço de Pensões)

② Onde você mora atualmente?

Residência na cidade de Komaki

Estou hospitalizado / internado (Nome do hospital/Instalação)

Residência fora da cidade de Komaki

受付 年 月 日 番号

所得状況届 令和 年 月 日

(あて先) 小牧市長

2 Dados do Solicitante

End. KOMAKI-SHI HORINOUCHI 3-1

Nome: KOMAKI TARO

Telephone: 0568-76-1127

令和6年の所得状況は、次のとおりです。
なお、必要があるときは、所得、年金及び居住地を担当課で確認することに同意します。

Preencher o endereço, nome e telefone para contato

3 End. CASO SEJA IGUAL AO DO SOLICITANTE, PREENCHER [DOJO]

アフリダナ コマキ タロウ

Nome: KOMAKI TARO

Data de nascimento: aaaa/mm/dd

MY NUMBER: 0000-0000-0000

Preencher os Dados do beneficiário (da pessoa deficiente)

Preencher o nome, endereço, data de nascimento e número do My number

総所得金額 円

NÃO PREENCHER

4

年金の種類	受給開始年月
年金	年 月
1 国民年金法に基づく年金たる給付	
2 厚生年金保険法に基づく年金たる給付 (同法附則第28条に規定する共済組合が支給する年金たる給付を含む。)	
年金の受給状況	
10 国会議員互助年金法に基づく年金たる給付	
11 執行官法附則第15条の規定に基づく年金たる給付	
12 旧令による共済組合等からの年金受給者のための特別措置法に基づいて国家公務員共済組合連合会が支給する年金たる給付	
13 戦傷病者戦没者遺族等優遇法に基づく年金たる給付	
14 未婚遺児等遺族等優遇法に基づく遺児手当及び特別手当 (同法附則第45項に規定する手当を含む。)	
15 その他 ()	
手帳	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 特別障害者手帳
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手帳
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 経過的福祉手帳

Se estiver a receber uma pensão, indique o tipo de pensão e o mês e ano em que começou a receber a pensão. Anexe também uma cópia de um documento (como um certificado de pensão) que comprove que você está recebendo uma pensão.