

Modelo de preenchimento

※Por favor, preencha os campos em negrito.

Relatório da Situação Atual do Auxílio-Deficiência Especial (Ano Fiscal Reiwa 7)

Furigana	コマキ タロウ		My nbr	種 別
Beneficiário	Komaki Taro		1234 5678 9000	A種・B種・C種
Endereço	Komaki-shi Horinouchi 3-1			
Dados de toda a família (mesmo que o registro de endereço esteja separado) que vive na mesma moradia junto com o beneficiário, exceto o próprio.. 入居状況	Nome	Idade	Relação	My number
	Komaki Hanako	65	Tsuma	000000000000
	Komaki Jiro	35	Ko	111111111111
Recebimento de pensão pública: • por invalidez • basico por idade • por velhice, etc	1 Recebo 2 Não recebo 3 Em processo Tipo da pensão <u>Shogai kiso nenkin</u> grau (<u>1</u>) No do pensionista <u>5213-24811</u> Valor anual <u>¥972,064</u> Tipo da pensão _____ grau () No do pensionista _____ Valor anual ¥ _____ Obs: Favor apresentar algum documento que comprova o valor anual da pensão isenta do imposto que recebeu(de invalidez, de órfãos e viuvez, etc.)no ano anterior. *cópia da caderneta bancária, etc. E se o seguro do kaigohoken está sendo descontado da sua pensão, apresente a notificação do pagamento da pensão.(cópia do hagaki)			
Caso esteja internado atualmente, preencha o nome do hospital e a data da internação. Circule o não, caso não esteja internado.	Esteve internado por período contínuo mais de 3 meses, no ultimo ano? (incluido unidades de saúde geriátricas) 1 1 sim Desde ano _____ 年 mês _____ 月 dia _____ 日 até ano _____ 年 mês _____ 月 dia _____ 日 Nome do hospital _____ 2 Estou internado atualmente desde ano _____ 年 mês _____ 月 dia _____ 日 Nome do hospital _____ 3 não			
Instituição de longa permanência	Está atualmente em uma instituição de longa permanência? 1 Estou em casa(incluindo creche) 2 Em uma instalação (casa de repouso, casa de repouso especial, instalação de apoio para pessoas com deficiência, etc.). Nome da instituição _____ (Data de entrada na instituição: ano/mês/dia)			

Notifico conforme acima citado.

Deixe em branco a data

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(Endereço) Diretor do Escritório de Bem-Estar da Cidade de Komaki

End.do Solicitante: Komaki-Shi Horinouchi 3-1

Nome: Komaki Hanako

(parentesco com o beneficiário: Tsuma)

Tel: (0568) 76-1127

Tsuma(esposa)

Otto(marido)

Ko(filho/a)

Chichi (pai)

Haha(mãe)

※ Preencha também o termo de consentimento no verso. ⇒

**Modelo de preenchimento
negrito.**

※ Por favor, preencha os campos em

Termo de Consentimento

Concordo que a situação tributária minha e dos membros de minha família será investigada pelo departamento responsável para fins de investigação de renda para o pagamento de vários subsídios.

令和 年 月 日

**Deixe em branco a
data**

End.: Komaki-Shi Horinouchi 3-1
Nome: Komaki Taro

Dados do próprio beneficiário
(pessoa com deficiência)

*Observe que se o termo de consentimento não for assinado, vários subsídios poderão não ser pagos.

Para aqueles que têm direito a vários subsídios

Para aqueles que foram admitidos em uma instituição de longa permanência (incluindo hospitalização de longo prazo de mais de três meses para o Subsídio Especial por Invalidez), consulte o Setor de Bem-estar para portadores de deficiência para obter os procedimentos de desqualificação, pois não terão mais direito a receber o subsídio. Observe que podemos conduzir uma investigação sobre a admissão na instituição.

Modelo de preenchimento

※Por favor, preencha os campos em negrito.

Relatório de Situação Atual do Auxílio para Crianças com Deficiência
(Ano Fiscal Reiwa 7)

Furigana	コマキ タロウ	My nbr	種 別	
Beneficiário	Komaki Taro	1234 5678 9000	A種・B種・C種	
Endereço	Komaki-shi Horinouchi 3-1			
Dados de toda a família (mesmo que o registro de endereço esteja separado) que vive na mesma moradia junto com o beneficiário, exceto o próprio.	Nome	Idade	Relação	My number
	Komaki Ichiro	40	chichi	000000000000
	Komaki Hanako	36	haha	111111111111
Situação do recebimento de pensão pública	1 Recebo ② Não recebo 3 Em processo			
	Tipo da pensão grau ()			
Instituição de longa permanência	No do pensionista Valor anual ¥			
	Obs: Favor apresentar algum documento que comprova o recebimento da pensão pública isenta do imposto (de invalidez, de órfãos e viuvez, etc.) ou a notificação da alteração do valor da pensão.			
Está atualmente em uma instituição de longa permanência?	1 Estou em casa(incluindo creche)			
	2 Em uma instalação (instalação de apoio para crianças com deficiência, etc.).			
Nome da instituição				
(Data de entrada na instituição: ano/mês/dia)				

Deixe em branco a data

Notifico conforme acima citado.

令和 年 月 日

(Endereço) Diretor do Escritório de Bem-Estar da Cidade de Komaki

End.do Solicitante: Komaki-shi Horinouchi 3-1

Nome Komaki Ichiro

(parentesco com o beneficiário chichi)

Tel: (0568) 76-1127

Chichi (pai)

Haha(mãe)

※ Preencha também o termo de consentimento no verso. ⇒

Modelo de preenchimento

negrito.

※ Por favor, preencha os campos em

Termo de Consentimento

Concordo que a situação tributária minha e dos membros de minha família será investigada pelo departamento responsável para fins de investigação de renda para o pagamento de vários subsídios.

令和 年 月 日

Deixe em branco a data

End.: Komaki-Shi Horinouchi 3-1

Nome: Komaki Taro

Dados do próprio beneficiário
(pessoa com deficiência)

*Observe que se o termo de consentimento não for assinado, vários subsídios poderão não ser pagos.

Para aqueles que têm direito a vários subsídios

Para aqueles que foram admitidos em uma instituição de longa permanência (incluindo hospitalização de longo prazo de mais de três meses para o Subsídio Especial por Invalidez), consulte o Setor de Bem-estar para portadores de deficiência para obter os procedimentos de desqualificação, pois não terão mais direito a receber o subsídio. Observe que podemos conduzir uma investigação sobre a admissão na instituição.

Modelo de preenchimento

※Por favor, preencha os campos em negrito.

Relatório da Situação Atual do Auxílio de Bem-estar Transitório
(Ano Fiscal Reiwa 7)

Furigana	コマキ タロウ	My nbr	種 別
Beneficiário	Komaki Taro	1234 5678 9000	A種・B種・C種
Endereço	Komaki-shi Horinouchi 3-1		
	Nome	Idade	Relação
	Komaki Hanako	65	Tsuma
	Komaki Jiro	35	Ko
	1 Recebo 2 Não recebo 3 Em processo		
	Tipo da pensão Shogai kiso nenkin grau (1)		
	No do pensionista 5213-24811		
	Tipo da pensão grau ()		
	No do pensionista		
	Obs.: Favor apresentar algum documento que comprove o recebimento da pensão pública isenta do imposto (de invalidez, de órfãos e viuvez, etc.) ou a notificação da alteração do valor da pensão.		
	Está atualmente em uma instituição de longa permanência?		
	1 Estou em casa(incluindo creche)		
	2 Em uma instalação (casa de repouso, casa de repouso especial, instalação de apoio para pessoas com deficiência, etc.).		
	Nome da instituição		
	(Data de entrada na instituição: ano/mês/dia)		

Dados de toda a família (mesmo que o registro de endereço esteja separado) que vive na mesma moradia junto com o beneficiário, exceto o próprio.

por invalidez
• básico por idade
• por velhice,
• por orfão/viuvez

Marque sem falta, com um ○ se está na casa.

longa permanência

Deixe em branco a data

Notifico conforme acima citado.

令和 年 月 日

(Endereço) Diretor do Escritório de Bem-Estar da Cidade de Komaki

End.do Solicitante: Komaki-shi Horinouchi 3-1
Nome Komaki Hanako
(parentesco com o beneficiário Tsuma)
Tel: (0568) 76-1127

Tsuma(esposa)
Otto(marido)
Ko(filho/a)
Chichi (pai)
Haha(mãe)

※ Preencha também o termo de consentimento no verso. ⇒

**Modelo de preenchimento
negrito.**

※ Por favor, preencha os campos em

Termo de Consentimento

Concordo que a situação tributária minha e dos membros de minha família será investigada pelo departamento responsável para fins de investigação de renda para o pagamento de vários subsídios.

令和 年 月 日

**Deixe em branco a
data**

End.: Komaki-Shi Horinouchi 3-1

Nome: Komaki Taro

Dados do próprio beneficiário
(pessoa com deficiência)

※ *Observe que se o termo de consentimento não for assinado, vários subsídios poderão não ser pagos.

Para aqueles que têm direito a vários subsídios

Para aqueles que foram admitidos em uma instituição de longa permanência (incluindo hospitalização de longo prazo de mais de três meses para o Subsídio Especial por Invalidez), consulte o Setor de Bem-estar para portadores de deficiência para obter os procedimentos de desqualificação, pois não terão mais direito a receber o subsídio. Observe que podemos conduzir uma investigação sobre a admissão na instituição.