

# MODELO

En caso de hospitalización o internación en alguna institución es necesario chequear  la opción correspondiente  en los números ① y ②.

Escribir en los números ① a ④  
(Escribir en el número ④ solo las personas que reciban pensión de jubilación)

1

- Chequear en el   lo que aplique
- 1 Pensión (Pensión Nacional, Social, Invalidez, Viudez)
- Recibe [adjuntar la copia del certificado de la pensión].
- Trámite en proceso para recibirla.
- No recibe (No le depositan de las entidades de pensión)
- 2 ¿Dónde vive actualmente?
- Registrado en Komaki
- Está Hospitalizado o recluido en una institución) Nombre del hospital o institución (Hospital )
- Fuera de Komaki

2

Aplicante  
Dirección **Komaki shi Horinouchi 3-1**  
Nombre **Komaki Taro**  
Teléfono **0568-76-1127**

Por favor escribir la dirección, nombre y teléfono del solicitante.

3

Dirección **Komaki shi Horinouchi 3-1**  
(Si es igual a la del aplicante colocar DOUJOU)

フリガナ **コマキ タロウ**  
Nombre: **Komaki Tarou**  
My number: 0000-0000-0000

生年月日 **S 13 año 5 mes día**  
Fecha de naciim: **S 13 año 5 mes día**

Por favor escribir la dirección, nombre, Número personal (My number), fecha de nacimiento del beneficiario (persona discapacitada)

4

年金の種別 受給開始年月

- 1 厚生年金保険法に基づく年金たる給付 (同法附則第 2 8 条に規定する共済組合が支給する年金たる給付を含む。)
- 2 厚生年金保険法に基づく年金たる給付 (同法附則第 2 8 条に規定する共済組合が支給する年金たる給付を含む。)
- 3 国民年金法に基づく年金たる給付
- 4 地方公務員法等に基づく年金たる給付
- 5 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
- 6 戦没者遺族等福祉等促進法に基づく年金たる給付
- 7 未帰還者留守家族等福祉法に基づく留守家族手当及び特別手当 (同法附則第 45 項に規定する手当を含む。)
- 8 その他 ( )

障害者手帳  特別障害者手当

身体障害者手帳  障害児福祉手当

精神障害者保健福祉手帳  経過的福祉手当

Personas que reciban pensión, escribir el tipo de pensión y fecha que empezó a recibirla y anexar la copia de algún documento que lo compruebe