

# Modelo de Notificación para actualización

※Llenar los datos dentro de la línea negra gruesa

## Subsidio especial de discapacidad Actualización (Año fiscal 2025)

Furigana	コマキ タロウ		Mynumber	種 別
Nombre del beneficiario	Komai Tarou		1234 5678 9000	A種・B種・C種
Dirección	Komaki shi Horinouchi 3-1			
Situación económica de la familia	Nombre	Edad	Relación	My number
	Komaki Hanako	65	Tsuma (esposa)	000000000000
	Komaki Jiro	35	Ko(hijo)	111111111111
¿Ha estado más de 3 meses consecutivos hospitalizado en el último año? (incluyendo centros de cuidados médicos para ancianos)	<input checked="" type="radio"/> 1 Recibe <input type="radio"/> 2 No recibe <input type="radio"/> 3 En aplicación Tipo de Pensión・Nivel Pensión de discapitados (1) 級 No. de pensión <u>5213-24811</u> Valor anual <u>¥972,064</u> Tipo de Pensión・Nivel ( ) 級 Número de pensión _____ Valor anual ¥ _____ (Nota) Los que reciben pensión excenta de impuestos (Pensión de discapacitado, de viudez, etc.), presentar algún certificado del valor de la pensión recibida el año anterior. (copia de la libreta del banco, etc.) Adicionalmente, a las personas que le descuentan el Seguro de la 3ª edad (Kaigo), por favor presentar la Notificación de depósito de la pensión. (copia de la hagaki).			
¿Actualmente está hospitalizado en un centro de cuidados médicos?	<input checked="" type="radio"/> 1 En casa (Incluyendo day service) <input type="radio"/> 2 Ingresado en Instituciones (Asilo, Asilo especial, instituciones para discapacitados). Nombre de institución _____ ( año _____)			

Escribir el nombre aunque sean familias independientes viviendo en la misma dirección pero los gastos de subsistencia son compartidos. No es necesario escribir si usted es el beneficiario

Si actualmente está hospitalizado, escribir el nombre del hospital y tiempo de hospitalización. Si no lo está, marque sin falta con un círculo.

No escribir la fecha

Declaro conforme está escrito arriba 令和 年 月 日

(あて先) 小牧市福祉事務所長

Dirección **Komaki shi Horinouchi 3-1**  
 Nombre **Komaki Hanako** (Relación con el beneficiario Tsuma (esposa))  
 Teléfono **(0568) 76-1127**

※ Rellenar la Aceptación en el reverso →

**Aceptación**

Acepto que sea investigada la situación de ingresos del beneficiario y de toda la familia en la sección encargada para propósitos de recibir cada subsidio

令和 年 月 日

**No escribir la fecha**

Dirección **Komaki shi Horinouchi 3-1**  
Nombre **Komaki Taro**

Firma del beneficiario  
(discapitado)

※ Tenga en cuenta que si no firma la Aceptación, podrá no recibir el (los ) subsidios correspondientes.

---

Para los beneficiaries con calificación para los subsidios

Las personas que hayan sido ingresadas en una institución (para el subsidio especial de incapacidad incluida la hospitalización larga de más de tres meses), no tendrán la cualificación para recibir el subsidio, por lo que deben realizar dicho trámite en la Sección de Asistencia a Personas con Discapacidad. Además tenga en cuenta que podemos realizar una investigación en la institución donde está ingresado.

**Modelo de Notificación para actualización**

※Llenar los datos dentro de la línea negra gruesa

**Subsidio especial de discapacidad Actualización (Año fiscal 2025)**

Furigana	<b>コマキ タロウ</b>		My number	種 別
Nombre del beneficiario	<b>Komaki Taro</b>		<b>1234 5678 9000</b>	A種・B種・C種
Dirección	<b>Komaki shi Horinouchi 3-1</b>			
Situación económica de la familia	Nombre	Edad	Relación	My number
	<b>Komaki Ichiro</b>	<b>40</b>	<b>Chichi (Padre)</b>	<b>000000000000</b>
	<b>Komaki Hanako</b>	<b>36</b>	<b>Haha (Madre)</b>	<b>111111111111</b>
Recibe pensión de jubilación	1 Recibe <b>2</b> No recibe    3 En aplicación Tipo de Pensión・Nivel Pensión de discapitados ( ) grado No. de pensión _____ (Nota) Los que reciben pensión exenta de impuestos (Pensión de discapacitado, de viudez, etc.), presentar algún certificado del valor de la pensión o el aviso de cambio de valor, etc..			
Situación de ingreso a una institución	¿Actualmente está hospitalizado en un centro de cuidados médicos? <b>1</b> En casa (Incluyendo day service) 2 Ingresado en Instituciones (Asilo, Asilo especial, instituciones para discapacitados) . Nombre de institución _____ ( año mes día (la fecha de admisión))			

No escribir la fecha

Declaro conforme está escrito arriba      令和 年 月 日  
 (あて先) 小牧市福祉事務所長

Dirección **Komaki shi Horinouchi 3-1**  
 Nombre **Komaki Ichiro** (Relación con el beneficiario **Chichi (padre)**)  
 Teléfono **(0568) 76-1127**

※ Rellenar la Aceptación en el reverso ⇒



**Aceptación**

Acepto que sea investigada la situación de ingresos del beneficiario y de toda la familia en la sección encargada para propósitos de recibir cada subsidio

令和 年 月 日

No escribir la fecha

Dirección **Komaki Horinouchi 3-1**  
Nombre **Komaki Taro**

Firma del beneficiario  
(discapacitado)

※ Tenga en cuenta que si no firma la Aceptación, podrá no recibir el (los) subsidios correspondientes.

Para los beneficiarios con calificación para los subsidios

Las personas que hayan sido ingresadas en una institución (para el subsidio especial de incapacidad incluida la hospitalización larga de más de tres meses), no tendrán la cualificación para recibir el subsidio, por lo que deben realizar dicho trámite en la Sección de Asistencia a Personas con Discapacidad. Además tenga en cuenta que podemos realizar una investigación en la institución donde está ingresado.

# Modelo de Notificación para actualización

Llenar los datos dentro de la línea negra gruesa

## Subsidio Provisional de Bienestar Actualización (Año fiscal 2025)

Furigana	コマキ タロウ		My number	種 別
Nombre del beneficiario	Komaki Tarou		1234 5678 9000	A種・B種・C種
Dirección	Komaki shi Horinouchi 3-1			
Situación económica de la familia	Nombre	Edad	Relación	My number
	Komaki Hanako	65	Tsuma (esposa)	000000000000
	Komaki Jiro	35	Ko(Hijo)	111111111111
<p>1 Recibe    2 No recibe    3 En aplicación</p> <p>Tipo de Pensión・Nivel    Pensión de discacitados (1) 級</p> <p>No. de pensión <b>5213-24811</b></p> <p>Tipo de Pensión・Nivel    Pensión de discacitados ( ) 級</p> <p>No. de pensión _____</p> <p>(Nota) Los que reciben pension excenta de impuestos (Pensión de discapacitado, de viudez, etc.), presentar algún certificado del valor de la pension recibida el año anterior. (copia de la libreta del banco, etc.)</p> <p>¿Actualmente está hospitalizado en un centro de cuidados médicos?</p> <p>1 En casa (Incluyendo day service)</p> <p>2 Ingresado en Instituciones (Asilo, Asilo especial, instituciones para discapacitados) .</p> <p>Nombre _____ (    año    mes    día)</p>				

Escribir el nombre aunque sean familias independientes viviendo en la misma dirección pero los gastos de subsistencia son compartidos. No es necesario escribir si usted es el beneficiario

Si está en casa marcar con un ○ sin falta

No escribir la fecha

Declaro conforme está escrito arriba.

令和 年 月 日

(あて先) 小牧市福祉事務所長

Dirección Komaki shi Horinouchi 3-1  
 Nombre Komaki Tarou  
 (Relación con el beneficiario **Tsuma(esposa)**)  
 Teléfono **0568) 76-1127**

# Modelo de Aceptación

Llenar los datos dentro de la línea negra gruesa

## Aceptación

Acepto que sean investigados la situación de ingresos del beneficiario y de toda la familia en la sección encargada para propósitos de recibir cada subsidio

令和 年 月 日

No escribir la fecha

Dirección **Komaki shi Horinouchi 3-1**

Nombre **Komaki Tarou**

Firma del beneficiario  
(discapacitado)

※ Tenga en cuenta que si no firma la Aceptación, podrá no recibir el (los) subsidios correspondientes.

Para los beneficiarios con cualificación para los subsidios

Las personas que hayan sido ingresadas en una institución (para el subsidio especial de incapacidad se incluye la hospitalización larga de más de tres meses), no tendrán la cualificación para recibir el subsidio, por lo que deben realizar dicho trámite en la Sección de Asistencia a Personas con Discapacidad. Además tenga en cuenta que podemos realizar una investigación en la institución donde está ingresado.