

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

Fecha de naciim :

生年
月日

S 43 año 5 mes día

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

4

No escribir aquí

年金の種別

年金

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

年金の受給状況

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

資格法等を廃止する等の法律附則第 10 条及び第 30 条から第 40 条までの規定に基づく年金たる給付
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 13 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 未帰還者留守家族等優遇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。)
15 その他 ()

障害者手帳

身体障害者手帳

精神障害者保健福祉手帳

No escribir aquí

☐ 特別障害者手当

☐ 障害児福祉手当

☐ 経過的福祉手当