

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

Preencher o
endereço,
nome e
telefone para
contato

2 Dados do Solicitante

End. KOMAKI-SHI HORINOUCHI 3-1

Nome: KOMAKI TARO

Telephone: 0568-76-1127

Preencher os
Dados do
beneficiário(da
pessoa deficiente)
Preencher o nome,
endereço, data de
nascimento e
número do My
number

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

フリガナ コマキ タロウ

Nome: KOMAKI TARO

Data de nascimento:
aaaa/mm/dd

MY NUMBER: 0000-0000-0000

4

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.

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 7 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。					
3 End. CASO SEJA IGUAL AO DO SOLICITANTE, PREENCHER [DOJO]					
フリガナ コマキ タロウ					
Nome: KOMAKI TARO					
Data de nascimento: aaaa/mm/dd					
MY NUMBER: 0000-0000-0000					
総所得金 額					
NÃO PREENCHER 円					
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に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 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 未婚遺族等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 ()					
手帳					
療育手帳					
身体障害者手帳					
精神障害者保健福祉手帳					
特別障害者手当					
障害児福祉手当					
経過的福祉手当					