

Modelo de preenchimento

※Por favor, preencha os campos em negrito.

Relatório da Situação Atual do Auxílio-Deficiência Especial (Ano Fiscal Reiwa 8)

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
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)				
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				
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

※Por favor, preencha os campos em negrito.

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.

Relatório de Situação Atual do Auxílio para Crianças com Deficiência (Ano Fiscal Reiwa 8)

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 () 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.			
	Instituição de longa permanência 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)

Chichi (pai)

Haha(mãe)

Tel: (0568) 76-1127

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.

Relatório da Situação Atual do Auxílio de Bem-estar Transitório (Ano Fiscal Reiwa 8)

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	My number
Komaki Hanako	65	Tsuma	000000000000
Komaki Jiro	35	Ko	111111111111

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)

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.