

かきかた Exemplo

バーコード

〒441-1392
新城市字東入船115番地
新城 太郎 様

とくべつていがくきゅうふきんをもらうためのかみです。

Esse formulário é o requerimento para o auxílio especial de valor fixo.

郵便用バー

にほんごで かけないひとは ろーまじで かいて ください。
Se não souber escrever em japonês, preencha em letras romanas (romaji).

<特別定額給付金の (A) と (B) のところだけかいてください。ポータル上でのオンライン申請も可能です>

A

Preencha apenas as partes (A) e (B).

特別定額給付金申請書

申請日 令和 2 年 5 月 30 日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村
新城 市区町村長殿

しんせいするひ (ねん、がつ、にち)
Data do requerimento (Ano/Mês/Dia)

市区町村
受付印

世帯主(申請・受給者)

整理番号 1
氏名 シンシロ タロウ
新城 太郎
生年月日 昭和60年10月1日
現住所 新城市字東入船115番地
電話番号 0536 (23) 1111

*氏名をご確認の上、押印又は署名してください。

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認
- ② 関係書類
- ③ 受取口座
- ④ 特別定額給付金を受給した場合には、返還をしていただきます。
- ⑤ 住民基本台帳に記録されている者の属する世帯の世帯主以外の世帯員が、一定の事由により、特別定額給付金を受給していることが判明した場合には、返還をしていただきます。

ふりがな
Nome em katakana ou
letras romanas
(Romaji)

いんかん かさいん
Inkan (Carimbo pessoal)

でんわばんごう
Número de
telefone

給付対象者(下記の記載内容をご確認ください。もし記載の誤りや右欄で受給を希望しない方があれば、朱書きで訂正、記入してください。)

氏名	続柄	生年月日	給付金の受給を希望されない方は、以下のチェック欄(□)に×印をご記入ください。
1 新城 太郎	世帯主	昭和60年10月1日	<input type="checkbox"/>
2 新城 花子	妻	平成2年4月1日	<input type="checkbox"/>
3 新城 直子	子	令和元年12月31日	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>

おかねがいらぬひとだけ
Marque um apenas para aqueles que não desejam receber o auxílio.
Se todos desejarem, deixe em branco.

B 合計金額 3 0 0 , 0 0 0 円

受取方法(希)

A 指定の ぎんこうのこうぎにおかねをいれてもらうひとは
Marque um para receber o depósito em sua conta bancária.

ぎんこうのなまえ
Nome do banco

してんのなまえ
Nome da agência

ふりがな
Nome em katakana
ou escrita romana
(romaji)

金融機関名 鳳来 支店名 作手 口座番号 1234567
金融機関コード 8888 支店コード 999

*ゆうちょ銀行を選択された場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

ぎんこうのこーどとしてんのこーどがわからないばあいは、かかなくてだいじょうぶです。
Se não souber o código da instituição bancária ou da agência, não é necessário preencher.

こうざばんごう
Número da conta

こうぎのなまえ
Nome do titular

うらへ
Cheque o verso

<裏面>

(申請書裏面)

かわりにしんせいをするばあいにかいてください
Preencha apenas caso um representante vá realizar a entrega do formulário

【代理申請】

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	代理人生年月日	代理人住所
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ()
上記の者を代理人と認め、特別定額給付金の		を委任します。 ← 法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。	署名(又は記名押印)
<input type="checkbox"/> 申請・請求 <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請・請求及び受給		世帯主氏名	

世帯主 (申請・受給) 本人確認書類写し貼

○世帯主 (申請・受給者) 本人が確認できる書類 (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、年金手帳、在留カード、特別永住者証明書) ※代理申請 (受給) を行う場合は、必ず代理人の本人確認書類の写しも添付してください。

せたいぬしほんにんがかくにんできるもの
のこぴーをはってください
Cole uma cópia da identidade do
chefe da família

ウ



など

まいなんばんばーかーど、ざいりゅうかーど など
Cartão do My Number, Zairyuu Card, etc

振込先金融機関口座確認
写し貼付け

○受取口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人 (カードの写し、なければキャッシュカードの写し)

おかねをいれてほしいぎんこうこうざがかくにん
できるものこぴーをはってください
Cole uma cópia do documento que
confirme a titularidade da conta (Tal
como a caderneta bancária ou cartão)

エ



または

オ

チェックリスト (以下の項目について必ずご確認の上、確認後はチェック欄(□)に✓を入れてください。)

- ① 記入した項目に記載漏れ、記載誤りは
- ② 記入した通帳番号と添付した通帳の
- ③ 添付資料に漏れはない。

しんせいのないようがただしければ☑してください
Marque com se o conteúdo do requerimento estiver
correto