

End.:  
Chefe da família:

Nº. de confirmação:

## NOVO AUXÍLIO EMERGENCIAL PARA FAMÍLIAS ISENTAS DO IMPOSTO RESIDENCIAL

Comunicamos que de acordo com sua situação fiscal no ano fiscal 2024, você foi isento parcialmente do imposto residencial, e está elegível para receber o auxílio emergencial (parcela adicional), nos termos a seguir:

1 Elegibilidade	Famílias as quais na data base de cálculo (03/06/2024), tinham endereço registrado em Komatsu e foram parcialmente isentas ou isentas do imposto residencial referente ao ano fiscal 2024. (Todos os membros precisam ser elegíveis ao recebimento deste benefício) *Exceto famílias cujos membros dependem de contribuinte não-isento.
2 Valor	100 mil por família
3 Solicitação	Preencha o formulário ao lado, destaque e envie-nos utilizando o envelope resposta ou entregue no balcão de atendimento. (Consulte exemplo no verso)
4 Prazo	Até 31/10/2024
5 Recebimento	Depósito na conta indicada (em até 3 semanas após recebida a solicitação). *Se você não receber o depósito em até 3 semanas, por favor, entre em contato.
6 Atendimento	©Contato para esclarecimentos Prefeitura de Komatsu, Dep. de Saúde e Serviço Social, Div. de Bem-Estar Social Tel.: 0 7 6 1 ( 2 4 ) 8 0 5 5 Fax: 0 7 6 1 ( 2 3 ) 0 2 9 4 E-Mail: fukushika@city.komatsu.lg.jp Horário de atendimento: Seg. a sex. das 9h às 17h

### Cuidado com fraudes e golpes envolvendo o Auxílio Emergencial para Famílias Parcialmente Isentas do Imposto Residencial

Caso você ou seus familiares recebam chamadas ou correspondências, etc. suspeitas, alegando serem agentes públicos, ou do governo, entre em contato com o departamento de polícia (#9110) ou delegacia mais próxima de sua residência.

Disponível em ↓

English

Português

Tiếng Việt

中文



Chefe de família:

令和 年 月 日

Endereço:

ANO/ MÊS /DIA

Shoei Miyahashi, Prefeito de Komatsu

NOVO AUXÍLIO EMERGENCIAL

PARA FAMÍLIAS ISENTAS DO IMPOSTO RESIDENCIAL

Comunicamos que devido à sua situação fiscal, você foi isento do imposto residencial referente ao ano fiscal 2024, e qualificou-se para receber este benefício. Confirme as informações a seguir, e envie-nos através do envelope resposta até o dia 31/10/2024.

■ A ser preenchido por chefes de família:

Verifique (leia atentamente e, em caso afirmativo, assinale os  com  ) :

<input type="checkbox"/> ① Nenhum membro da família é dependente de contribuinte não-isento.
<input type="checkbox"/> ② Nenhum membro da família possui renda não declarada passível de imposto de renda.
<input type="checkbox"/> ③ Nenhum membro da família já recebeu este mesmo benefício em uma localidade diferente. Confirmando ainda que nenhum membro desta família recebeu ou fazia parte de uma família que foi beneficiada pelo Auxílio Emergencial para Famílias Isentas (70 mil ienes) ou Parcialmente Isentas (100 mil ienes) no ano fiscal 2023.

Observe que Somente poderá receber o benefício aqueles que marcaram todos os itens de ① a ③.

(Se ao menos um item não estiver assinalado, você não poderá receber o benefício.)

\* Isentos do imposto residencial devido a acordo fiscal não são elegíveis.

\* Em caso de divergência nas informações, você poderá ser solicitado a devolver o valor integralmente.

Caso não tenha certeza se sua família é dependente de contribuinte não-isento, consulte seus familiares.

Se for constatado que você forneceu informações falsas deliberadamente, você poderá responder legalmente por fraude.

Atenção: O beneficiário será considerado inelegível se até o prazo limite este formulário não for enviado, ou se as informações estiverem incompletas ou não forem corrigidas.

\*Para recusar o recebimento deste benefício, marque um × ao lado 【 Minha família não receberá este benefício  】

Confirmando as informações acima.

Chefe de família		Data	ano:	mês:	dia:	Telefone para contato durante o dia	
------------------	--	------	------	------	------	-------------------------------------	--

■ Preencha os dados da conta para depósito:

Anexe cópia da caderneta e não forneça conta sem uso há muito tempo.

【Dados bancários】 ※Insira os dados da conta e anexe cópia de um documento comprovante da conta.

Banco	Agência	Tipo	Número da conta ※preencha pela direita	Titular (katakana) ※como na caderneta
1.銀行 4.信連 7.信漁連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
Código do banco	Código Ag.			
Banco do Correio (Yucho)	Código (Utilize a coluna ※ para 6 dígitos)		Número da conta ※preencha pela direita	Titular (katakana) ※como na caderneta
Para Banco do Correio, preencha o código e o número da conta como impresso na caderneta ou cartão da conta.	1 ※ 0 ※			

(Atenção) Caso você não seja possível abrir uma conta bancária, entre em contato com a Divisão de Bem-Estar Social (0761-24-8055).

Para receber via representante, preencha o verso deste formulário.

Chefe de família:

Endereço:

# Modelo de Preenchimento

Shoei Miyahashi, Prefeito de Komatsu

## NOVO AUXÍLIO EMERGENCIAL

### PARA FAMÍLIAS ISENTAS DO IMPOSTO RESIDENCIAL

Comunicamos que devido à sua situação fiscal, você foi isento do imposto residencial referente ao ano fiscal 2024, e qualificou-se para receber este benefício. Confirme as informações a seguir, e envie-nos através do envelope resposta até o dia 31/10/2024.

#### ■ A ser preenchido por chefes de família:

Verifique (leia atentamente e, em caso afirmativo, assinale os  com  ) :

<input checked="" type="checkbox"/> ① Nenhum membro da família é dependente de contribuinte não-isento.
<input checked="" type="checkbox"/> ② Nenhum membro da família possui renda não declarada passível de imposto de renda.
<input checked="" type="checkbox"/> ③ Nenhum membro da família já recebeu este mesmo benefício em uma localidade diferente. Confirmando ainda que nenhum membro desta família recebeu ou fazia parte de uma família que foi beneficiada pelo Auxílio Emergencial para Famílias Isentas (70 mil ienes) ou Parcialmente Isentas (100 mil ienes) no ano fiscal 2023.

Observe que Somente poderá receber o benefício aqueles que **marcaram todos os itens de ① a ③**.

(Se ao menos um item não estiver assinalado, você não poderá receber o benefício.)

\* Isentos do imposto residencial devido a acordo fiscal não são elegíveis.

\* Em caso de divergência nas informações, você poderá ser solicitado a devolver o valor integralmente.

Caso não tenha certeza se sua família é dependente de contribuinte não-isento, consulte seus familiares.

Se for constatado que você forneceu informações falsas deliberadamente, você poderá responder legalmente por fraude.

**Atenção: O beneficiário será considerado inelegível se até o prazo limite este formulário não for enviado, ou se as informações estiverem incompletas ou não forem corrigidas.**

\*Para recusar o recebimento deste benefício, marque um  ao lado **【 Minha família não receberá este benefício  】**

Confirmando as informações acima.

Chefe de família	<b>Silva João</b>	Data	ano: <b>a</b> mês <b>m</b> dia: <b>d</b>	Telefone para contato durante o dia	<b>XXX-XXXX-XXXX</b>
------------------	-------------------	------	--	-------------------------------------	----------------------

#### ■ Preencha os dados da conta para depósito:

Anexe cópia da caderneta e não forneça conta sem uso há muito tempo.

【Dados bancários】 ※Insira os dados da conta e anexe cópia de um documento comprovante da conta.

Banco	Agência	Tipo	Número da conta ※preencha pela direita	Titular (katakana) ※como na caderneta
1.銀行 4.信連 7.信漁連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
Código do banco	Código Ag.			
Banco do Correio (Yucho)	Código (Utilize a coluna ※ para 6 dígitos)		Número da conta ※preencha pela direita	Titular (katakana) ※como na caderneta
Para Banco do Correio, preencha o código e o número da conta como impresso na caderneta ou cartão da conta.	1 0 ※			

(Atenção) Caso você não seja possível abrir uma conta bancária, entre em contato com a Divisão de Bem-Estar Social (0761-24-8055).

**Para receber via representante, preencha o verso deste formulário.**

【Recebimento via representante】

Representante	katakana	Parentesco	Data de nascimento			Endereço
	Nome					
		1. Familiar	M · T · S · H			
		2. Procurador legal	年	月	日	
		3. ※Outro ( )	ano	mês	dia	Tel. para contato durante o dia. ( )
Reconheço a pessoa assim como meu representante para ( Confirmar e solicitar Receber Confirmar, solicitar e receber ) o benefício. ←Para representante legal, não é necessário escolher.					Chefe da Família	Assinatura 

※No caso de "parentesco: outro" serão aceitos representante legais do beneficiário.

## Documento comprovante de conta bancária

Anexe uma cópia da página da caderneta com dados da conta ou cópia do cartão da conta.

## Documento de identificação pessoal (representante)

Anexe uma cópia de um dos seguintes documentos: Cartão My Number (com foto, carteira de habilitação, passaporte, carteira do seguro de saúde, caderneta de pessoas com deficiência, etc.