

特別定額給付金申請書

名古屋市
受付印

あて先 名古屋市長

Introduzca su nombre y demás información después de confirmar los puntos en que usted da su garantía y consentimiento en este formulario de solicitud.

Escriba un número de teléfono al que se le pueda llamar durante el día.

下記のとおり、自署をもって誓約・同意事項(1)の承諾書(別紙)を添付し、確認書類を添えて申請します。

① 世帯主(申請・受給者)は、以下に記入してください。

(Katakana) Nombre ナゴヤ タロウ		Fecha de nacimiento (año/mes/día) 昭和〇年〇月〇日	Fecha de solicitud (año/mes/día) 令和2 年 6 月 20 日	Domicilio actual 〒〇〇〇-〇〇〇〇 名古屋市〇〇区〇〇〇〇〇〇
(自署) 名古屋 太郎				日中に連絡可能な電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※ 黒色または青色のボールペンで自署してください。ゴム印などの使用はしないでください。

Si hay algún cambio en la persona elegible o en el cabeza de familia, tache la información incorrecta y escriba la información correcta en rojo.

② 給付対象者

Nro.	(Katakana) Nombre ナゴヤ タロウ 名古屋 太郎	Indique el cabeza de familia con una "〇"	Fecha de nacimiento (año/mes/día) 昭和〇年〇月〇日	Solicitud de pago (※)
1	〇〇 〇〇 名古屋 太郎	〇	昭和〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 知らない
2	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇		昭和〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない
3	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 △△ △△		平成〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/> 知らない
4	〇〇 〇〇 〇〇 〇〇		令和〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 知らない
5				<input type="checkbox"/> 知らない
6				<input type="checkbox"/> 知らない

Marque la casilla con una "✓" para indicar que usted no solicita el pago para este miembro de la familia.

※ Use la sección de "Solicitud de pago" de la izquierda de la cara frontal de esta solicitud como resguardo.

※ 給付を希望しない場合、「知らない」のチェック欄(□)に、チェック「✓」をしてください。

Asegúrese de marcar una de las casillas con una "✓." (Marque "有" si el cabeza de familia tiene una cuenta bancaria a su nombre y "無" si no tiene.)

③ 世帯主義の受取口座 (下記のチェック欄(□)のいずれかに「✓」を記入してください。)

¿Tiene el cabeza de familia una cuenta bancaria a su nombre?	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	※今後の手続きについて、別途ご連絡します。	

◆ 世帯主義の口座番号等を記入してください。(ゆうちょ銀行またはゆうちょ銀行以外の金融機関のいずれかを記入してください。)

Cuenta en Japan Post Bank	Código de cuenta	Número de cuenta
Nombre del titular de la cuenta (cabeza de familia) [Katakana]		

Escriba aquí la información sobre su cuenta si desea que el pago se ingrese en su cuenta del Japan Post Bank.

Instituciones financieras diferentes del Japan Post Bank	Nombre de la institución financiera	Código	0	0	0	1	Nombre de sucursal	0	0	1
	〇〇						〇〇 支店			
	Tipo de cuenta	普通		当座	Número de cuenta	1	3	4	5	6
Nombre del titular de la cuenta (cabeza de familia) [Katakana]	ナゴヤ タロウ									

Escriba aquí la información sobre su cuenta si desea que el pago se ingrese en una cuenta de una institución financiera diferente del Japan Post Bank. Deje en blanco el código de la institución financiera si lo desconoce.

※ 別紙「添付書類貼り付け用紙」に振込先口座確認書類を貼り付けてください。

④ 代理人が申請する場合、ご記入ください。

Representante	(Katakana) Nombre del representante	Relación con el solicitante/persona elegible para recibir el pago	Fecha de nacimiento del representante	Domicilio del representante
	Escriba aquí solamente si es aplicable	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 世帯構成員 <input type="checkbox"/> 2. 法定代理人 <input type="checkbox"/> 3. その他	年 月 日	
上記の者を代理人と認め、特別定額給付金の		<input type="checkbox"/> 申請・請求 <input checked="" type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請・請求及び受給	を委任します。 ←法定代理人の場合は、委任方法の選択は不要です。	
			日中に連絡可能な電話番号	署名(又は記名押印)

Escriba una "✓" en la casilla aplicable. No necesita seleccionar ninguna de las opciones en el caso de que el representante sea un representante

Si la solicitud la realiza el representante, deberá presentar la documentación de identidad del mismo representante y la documentación que muestre la relación del solicitante con el representante.

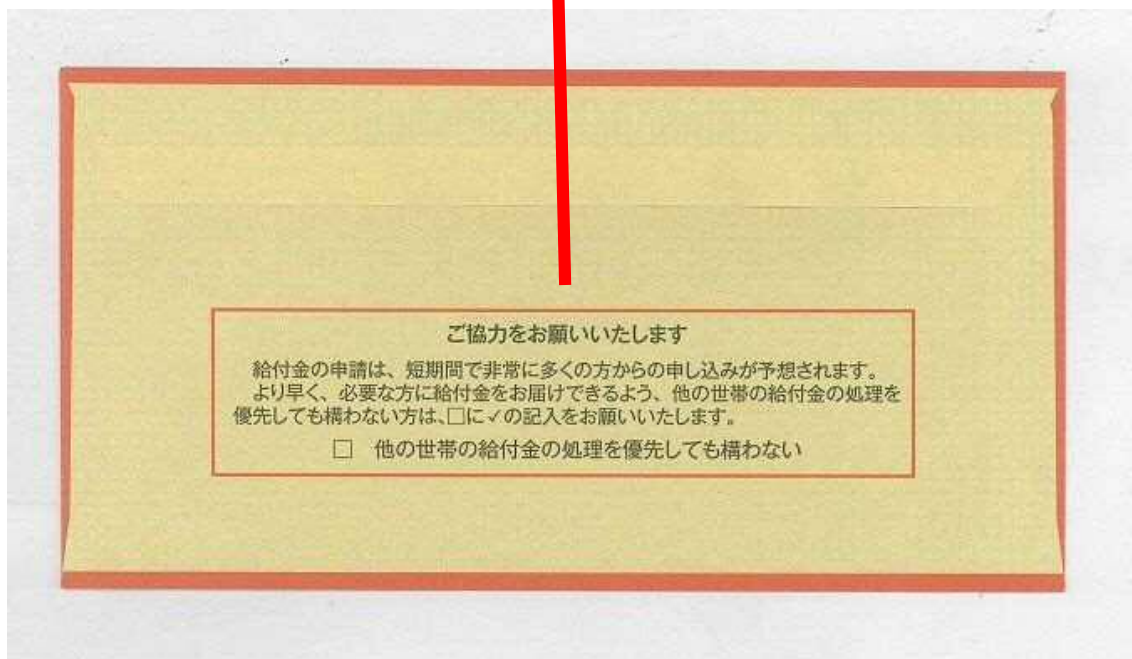
Si el representante es el que recibirá el pago, proporcione la información sobre la cuenta del representante en la sección de información sobre la cuenta bancaria que aparece en esta solicitud.

※ 代理人の方の本人確認書類及び本人との関係を示す書類を提出してください。

Solicitamos su colaboración para dar prioridad a los más necesitados

Se espera que en el transcurso de un corto periodo de tiempo se presenten un gran número de solicitudes para recibir la ayuda económica especial. Si usted no tiene especialmente prisa por recibir la ayuda económica, por favor, marque la casilla de abajo para indicar que usted no tiene inconveniente en que tramitemos su solicitud después de que hayamos atendido prioritariamente a las solicitudes de las familias con necesidades más urgentes. Le agradecemos de antemano su atenta consideración.

- Doy mi consentimiento para que mi solicitud se tramite después de darles prioridad a las solicitudes de familias con necesidades más urgentes.



ご協力をお願いいたします

給付金の申請は、短期間で非常に多くの方からの申し込みが予想されます。
より早く、必要な方に給付金をお届けできるよう、他の世帯の給付金の処理を優先しても構わない方は、□に✓の記入をお願いいたします。

他の世帯の給付金の処理を優先しても構わない