

# 仙台市外国人高齢者等福祉手当 公的年金未受給状況等申立書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※申請者本人が自署した場合、または下記調査に同意しない場合は押印の必要はありません。

老齢基礎年金・老齢福祉年金を受給しておらず、下記のとおり相違ありません。  
また、仙台市が私の住民票情報、私・配偶者・扶養義務者の市民税情報含む下記の事項等について調査を行うことに、

- 同意します。→以下の添付書類のうち、1②、2②、3①が省略できます。  
同意しません。→以下の添付書類を提出してください。

[添付書類]

1. 外国籍の方は①外国人登録原票の写し及び②住民票の写し(過去の住所異動を記載)
2. 日本国籍取得者、帰国者として申請される方は①その事実を確認できる書類  
(日本国籍取得時の戸籍謄本、海外滞在を示す戸籍の附票)  
及び②住民票の写し(過去の住所異動を記載)
3. 本人・配偶者・扶養義務者の前年所得額を証明する書類で、扶養親族の人数が記載されているもの(①市・県民税課税証明書など)
4. 振込口座(郵便局を除く)の預金通帳の写し

1. 国籍・海外滞在期間等について(該当する項目のみ記入してください)

外国籍の方	国 籍	
	日本に住所を移した年月日	年 月 日
日本へ帰化した方	日本国籍取得前の国籍	
	日本に住所を移した年月日	年 月 日
	日本国籍取得年月日	年 月 日
日本人の方	海外に住所があった期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	滞 在 し た 国	

2. 公的年金受給状況などについて(該当する項目のみ記入してください)

公的年金加入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年金名称	記号番号
公的年金受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年金名称	証書番号
	<input type="checkbox"/> 申請中	年額	円 120,000円-左額= 円

仙台市重度障害者福祉手当の受給(年額30,000円)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	120,000円-左額= 円
----------------------------	---	----------------

生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特別障害者手当の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
支援給付の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経過的福祉手当の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		仙台市外国人重度障害者福祉手当の受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

養護老人ホーム等への措置入所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	基礎年金番号( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ) No.
----------------	---	---

※ 以下は保健福祉センターで記入.....

所得 状 況	控 除	合計所得	円
		社会保険料	円
		配特 雑 医 小	円
		控除後の所得額	円

<本人該当>

寡 勤 寡特		
扶養人数	_____人	
普障	_____人	特障 _____人
老人	_____人	特定 _____人