

Formulário 1 (Relativo ao item 3)

Pessoa com o dever de pagar a internação	Início da arrecadação (medida de internação)	Valor do imposto de renda	Valor mensal	Nome da pessoa preenchida à esquerda
※	※ Data	※ ¥	※ ¥	※ Carimbo

Declaração referente a arrecadação de despesa de internamento de paciente psiquiátrico referente ao ano_____

(Referente ao período de (mês, ano) até (mês, ano)

Sr Diretor do Centro de Saúde

(Data)

Declarante (Furigana)

Endereço

┌

(Furigana)

Nome

Carimbo

Tel

()

P a c i e n t e	Nome		S e g u r o d e S a ú d e	Seguro de Saúde do paciente Preencher abaixo caso tenha marcado no 1 ()		1 Tem 2 Não tem 3 Subsídio de sobrevivência			
	Medida			Saúde. Mútuo. Idoso. Marinheiro. Nacional		Própria pessoa Família			
	Nome do Hospital			Código		Número		Segurador	
	Medida Data			Hospital					
F f o a r m i a l ç i ã a o r	Nome	Relação com o paciente	Idade	Local de trabalho, Escola	Possui renda?	Valor do imposto de renda referente ao ano_____	Obs		
		Paciente			Sim Não				
		Pai (do paciente)			Sim Não				
		Mãe			Sim Não				
					Sim Não				
					Sim Não				
					Sim Não				

Outras informações (Escrever caso tenha algo a informar)

Obs: Não preencher onde está marcado com ※

(Documentos anexos)

Anexar os seguintes documentos junto com este requerimento

1 Cópia do registro municipal de todos os integrantes da família, incluso o paciente..... Emitido pela municipalidade

(Caso o paciente e a pessoa com o dever de pagar estejam em registros diferentes, ambos os registros)

2 Cópia da Carteira de Seguro de Saúde do paciente

3 Os seguintes documentos referentes ao imposto de renda do ano anterior da pessoa com o dever de pagar, incluso o do paciente

(Porém entre 1 de Janeiro e 31 de maio, referente ao ano anterior ao anterior)

(1) Assalariado: Comprovante de imposto retido na fonte Emitido pelo empregador

(2) Quem possui renda exceto salário: Comprovante de pagamento de imposto (sono 1)

...Emitido pela secretaria da fazenda

(3) Quem fez a declaração de renda

ア Cópia da declaração (Com o carimbo da Fazenda)

イ Caso não tenha o carimbo da Fazenda, anexar a cópia do comprovante de pagamento do imposto (sono 1)

(4) Caso não tenha renda, documento que comprove dependência

ア Caso esteja incluído na dedução do imposto de renda no comprovante de imposto retido na fonte, a cópia do mesmo

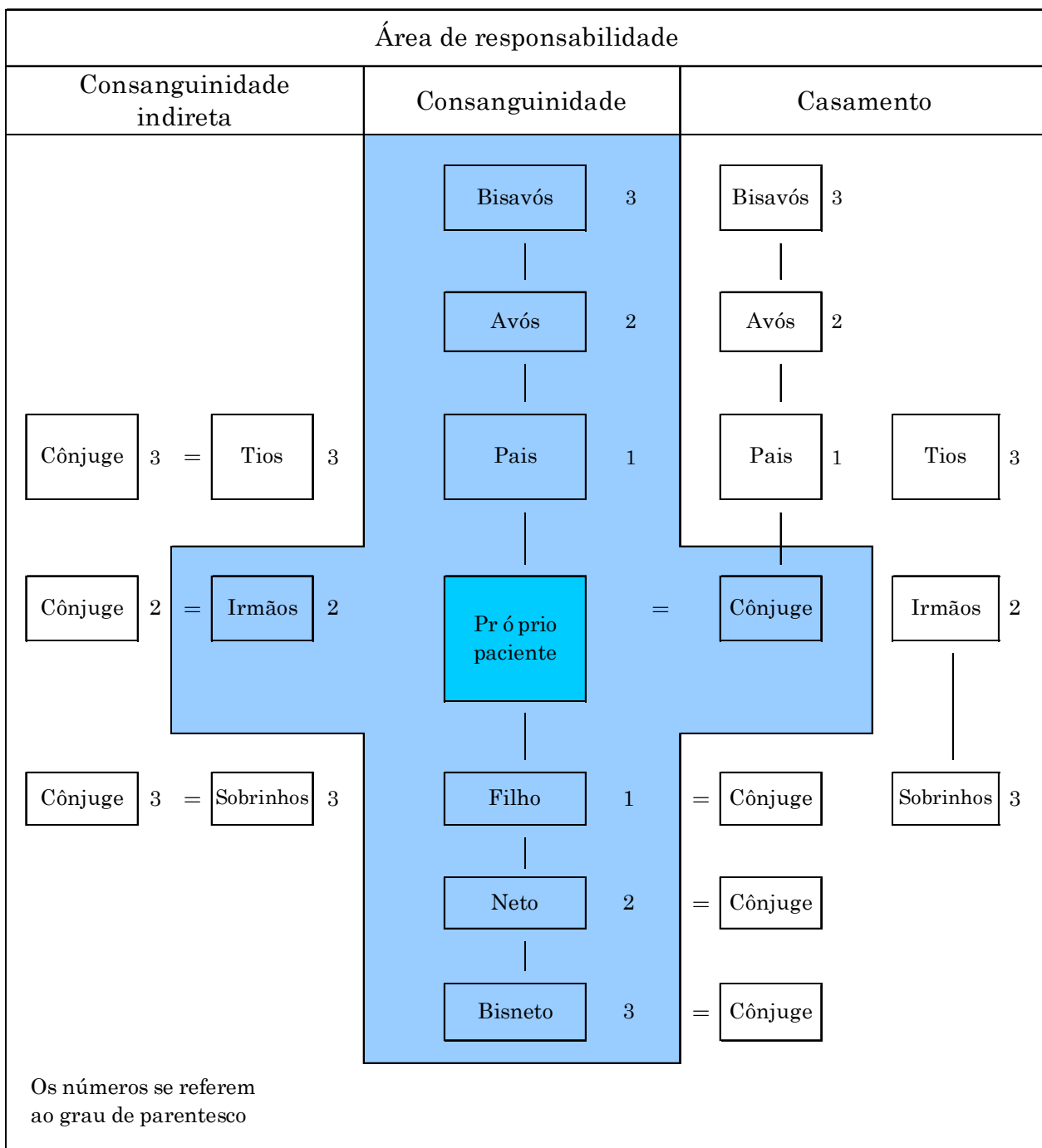
イ Caso esteja incluído na dedução na declaração do imposto de renda, a cópia do mesmo (Com o carimbo da Fazenda)

ウ Comprovante de isento do imposto regional, de cônjuge, de dependente.....Emitido pela municipalidade

4 Caso o paciente ou a família esteja no subsídio sobrevivência, os comprovantes relativos.....Emitido pelo escritório de assistência social

Tabela

Pessoa responsável com as despesas de internamento



A parte colorida se refere a área de dever de sustento

A pessoa na área de dever de sustento que está no mesmo orçamento do paciente é a pessoa com o dever de pagamento

E, caso se enquadre nos itens seguintes será considerado do mesmo orçamento

- ① Está no mesmo endereço no registro municipal
- ② Está como dependente no Seguro de Saúde
- ③ Está como dependente no imposto
- ④ Está pagando as despesas dos objetos de uso diário do paciente