

Empréstimos especiais, como Fundo Emergencial de Valor Baixo devido ao impacto da infecção pelo novo coronavírus

## Sobre empréstimos especiais sujeitos à isenção de devolução

Em relação aos empréstimos especiais, como Fundo Emergencial de Valor Baixo, etc. devido à infecção pelo novo coronavírus que são realizados por este Conselho, se o mutuário se enquadrar a qualquer um dos seguintes, deverá enviar os documentos necessários pelo correio, e se este Conselho notificar a decisão de isenção, a devolução (pagamento do dinheiro emprestado) será isentada.

(1)	Recebe auxílio de subsistência	<b>Favor inserir os seguintes documentos e enviá-los pelo correio</b>  <u>*Verifique abaixo o endereço de correspondência</u>  <u>*Favor preparar um envelope e arcar com as despesas de postagem</u>
(2)	É portador de Caderneta de Bem-Estar e Saúde de Pessoas Portadoras de Distúrbio Psiquiátrico (1ª grau) ou Caderneta de Portador de Deficiência Física (1º ou 2º Grau) ou Caderneta de Deficiência Intelectual (A1º ou A2º Grau)	

### Documentos necessários para a solicitação

(1)	(2)
<b>1</b> Cópia da Notificação de Decisão de Recebimento de Auxílio de Subsistência ou cópia de algum documento que comprove o período de recebimento do Auxílio de Subsistência	Cópia da Caderneta de Bem-Estar e Saúde de Pessoas Portadoras de Distúrbio Psiquiátrico (1ª grau) ou cópia da Caderneta de Portador de Deficiência Física (1º ou 2º Grau) ou cópia da Caderneta de Deficiência Intelectual (A1º ou A2º Grau)  <small>*Documentos em que constem nome, data de nascimento, grau de deficiência e data de emissão da caderneta</small>

**2** Formulário de solicitação de isenção de devolução \*Lado direito do papel (Formulário 1-2)

**Endereço de correspondência: 〒500-8385**  
**Para o Conselho de Bem-Estar Social da Província de Gifu**  
**Edifício do Centro de Agricultura e Bem-Estar da Província de Gifu - 2-2-1 Shimonara, Gifu-shi**

#### \*Observações\*

- Se você receber vários avisos (envelopes), precisará dos documentos 1 e 2 para cada um.
- **A solicitação de isenção será aceita a qualquer momento, mas**  
 (1) o valor devolvido antes que a isenção seja determinada não será elegível para isenção.  
 (2) o comunicado de decisão de isenção será enviado após a data de início de devolução. (Em muitos casos, a partir de 1º de janeiro de 2024)

● Para entrar em contato sobre este assunto

[Número de telefone / Contact Number] 058-201-2100  
 [Horário de atendimento / Reception Time] Dias úteis das 9:00 às 17:00

(様式 1—2)

## Formulário de solicitação de isenção da devolução referente aos empréstimos especiais, como o fundo emergencial de valor baixo e outros

<社協記入欄>

※ Preencha todos os campos circundados por linhas grossas.

<b>Tipo do fundo</b>	<input type="checkbox"/> Fundo Emergencial de Valor Baixo <input type="checkbox"/> Fundo de Apoio Geral - Primeiro Empréstimo (Do 1º ao 3º mês) <input type="checkbox"/> Fundo de Apoio Geral - Extensão (Do 4º ao 6º mês)		
<b>Nome do tomador do empréstimo</b>	amostra		
<b>Valor solicitado de isenção</b>	Todos os valores elegíveis referentes aos empréstimos especiais, como o fundo emergencial de valor baixo, pelo motivo listado abaixo		
<b>Motivo de solicitar a isenção</b> <small>Caso ambos se apliquem, marque com "☑" somente o motivo mais antigo</small>	<input type="checkbox"/> ① Sou beneficiário(a) do programa de proteção de meios de subsistência (seikatsu hogo) <input type="checkbox"/> ② Sou beneficiado(a) pela caderneta de saúde e bem-estar de pessoas portadoras de distúrbio mental (nível 1) ou pela caderneta para pessoas portadoras de deficiência física (nível 1 ou 2) ou Caderneta de Deficiência Intelectual (nível A1 ou A2)	Caso algum dos motivos à esquerda se aplique, <b>todo o valor</b> será isento	
<b>Documentos necessários para a solicitação</b>	<input type="checkbox"/> ① Cópia da Notificação de Decisão de Recebimento de Auxílio de Subsistência ou cópia de algum documento que comprove o período de recebimento do Auxílio de Subsistência <input type="checkbox"/> ② Cópia da Caderneta de Bem-Estar e Saúde de Pessoas Portadoras de Distúrbio Psiquiátrico (1ª grau) ou cópia da Caderneta de Portador de Deficiência Física (1º ou 2º Grau) ou cópia da Caderneta de Deficiência Intelectual (A1º ou A2º Grau)  <small>*Documentos em que constem nome, data de nascimento, grau de deficiência e data de emissão da caderneta</small>		
Prezado(a) Sr(a). Presidente do Conselho de Bem Estar Social de Gifu Eu concordo com todos os itens ① a ⑥ a seguir e solicito a isenção.			
① Caso aprovada a isenção da devolução no âmbito deste programa especial, concordo em fornecer minhas informações pessoais aos órgãos de consulta e apoio para a independência para que este utilize-as no cumprimento de suas funções. ② Concordo que as informações pessoais fornecidas serão divulgadas a terceiros, dentro do limite necessário para a execução deste programa. ③ Concordo que as minhas informações pessoais sejam divulgadas ao seu Conselho de Bem Estar Social, por meio de consultas ao Conselho Nacional de Bem Estar Social, Conselho de Bem Estar Social de outras províncias, Conselho de Bem Estar Social dos municípios, bem como órgãos relacionados aos governos locais, Hello Work, órgãos de consulta e apoio para a independência, órgãos de consulta e apoio de economia doméstica, etc., dentro do limite necessário para a execução deste programa. ④ Nem eu nem os demais membros da minha família somos membros de grupos de crime organizado. Concordo que o seu Conselho de Bem Estar Social solicite aos órgãos públicos, etc. a divulgação de informações relevantes sobre membros de grupos de crime organizado relacionadas a mim ou aos membros da minha família, se houver necessidade. [Grupos de crime organizado se referem a "grupos cujos membros (incluindo membros dos grupos afiliados a esse grupo) apresentam risco de promover atos violentos e ilegais em grupo ou de forma habitual", conforme o artigo 2º, alínea 2º da "Lei de prevenção de atos ilegais por membros dos grupos de crime organizado".] ⑤ Concordo que, caso a isenção da devolução não seja aprovada como resultado da avaliação, os seus motivos não serão divulgados. ⑥ Não houve alteração do chefe da família para fins de isenção da devolução. Ainda, concordo que a isenção da devolução será cancelada, caso, após a decisão referente a isenção da devolução, for constatado que qualquer uma das declarações nesta solicitação é falsa ou não atende aos requisitos para isenção da devolução.			
Reiwa	(ano)	(mês)	(dia)    ※ Data de preenchimento deste formulário
Nome do tomador do empréstimo (assinatura)			
Telefone	—	—	※ Forneça um número de telefone em que possa ser contactado(a) durante o dia.

※	<b>Nome do empréstimo</b>	都道府県社協受付	市町村社協受付
		令和 年 月 日	令和 年 月 日

# Exemplo de preenchimento

[Favor escrever com uma caneta esferográfica]

(様式 1-2) 緊急小口資金等の特例貸付に係る貸付金償還免除申請書

※裏面の記入例に沿ってすべてご記入ください。

<社協記入欄>

資金の種類 Fund Name	<input type="checkbox"/> 緊急小口資金 <input type="checkbox"/> 総合支援資金(初回貸付) <input type="checkbox"/> 総合支援資金(延長貸付)
借受人氏名 Name of Borrower	
免除申請額	緊急小口資金等の特例貸付について、下記の申請理由において対象となるすべての金額
免除申請理由 どちらにも当てはまる場合、 最も早い段階で該当した 項目のみ	<input type="checkbox"/> ①生活保護を受給している <input type="checkbox"/> ②精神保健福祉手帳（1級）または 身体障害者手帳（1級または2級） または療育手帳（A1またはA2）の 交付を受けている 左記いずれかに該当の場合、 <b>全額</b> が免除対象 ※ただし、すでに償還した金額は、 免除の対象外
添付書類	①の理由 <input type="checkbox"/> 生活保護受給決定通知書のコピーまたは 生活保護受給期間を証する書類のコピー ※受給開始日の記載があるもの ②の理由 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（1級）のコピーまたは 身体障害者手帳（1級または2級）のコピー ※氏名、生年月日、障害等級、 または療育手帳（A1またはA2）のコピー 手帳の交付日の記載があるもの
岐阜県社会福祉協議会 会長殿 申込みにあたり、下記6項目に同意し、免除申請いたします。 ① 本特例制度の償還免除が決定した場合、自立相談支援機関に対して同機関の業務遂行に活用することを目的として私の個人情報を提供することに同意します。 ② 記入した個人情報については、本制度に必要な範囲で、第三者に提供することに同意します。 ③ 私は、貴社会福祉協議会が、本制度に必要な範囲で全国社会福祉協議会、他の都道府県社会福祉協議会、市町村社会福祉協議会、自治体、公共職業安定所、自立相談支援機関、家計改善支援機関等の関係機関に照会し、私の個人情報の提供を受けることに同意します。 ④ 私及び私の世帯の者は、暴力団員ではありません。私は、貴社会福祉協議会が必要に応じ官公署等から私又は私の世帯員に係る暴力団員該当性情報の提供を求めすることに同意します。〔暴力団とは、「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」第2条第2号にあるとおり、「その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体」を指します。〕 ⑤ 審査の結果、償還免除不承認となった場合、理由は開示されないことに同意します。 ⑥ 償還免除を目的に世帯主の変更を行っていません。また、償還免除の決定後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や償還免除の要件に該当しないことが判明した場合には、償還免除を取り消されることに同意します。	
令和 年 月 日 (Year Month Day) ※この書類を記入した日付を記入 借受人氏名 (自署) Borrower's Name(Signature) 電話番号/TEL — — ※日中に連絡のとれる電話番号を記入すること。	

(1) Favor assinalar o [Nome do fundo] escrito no comunicado sobre o início da devolução, do lado direito

Assinatura Favor escrever sem falta

Assinale as partes aplicáveis

Assinale o motivo do número assinalado acima e envie os documentos relevantes

Favor verificar todos os itens de (1) a (6)

•Data de preenchimento  
•Assinatura  
•Número de telefone  
Favor escrever sem falta

(1) Favor preencher o [Nome do empréstimo] (alfanumérico) escrito no comunicado sobre o início da devolução, do lado direito

※	貸付コード Loan Code	都道府県社協受付	市町村社協受付
		令和 年 月 日	令和 年 月 日

ボックスに正確に(明瞭に)  点チェックを入れてください。

OK:例

NG:例     など

<Recorte>

<Recorte>