

1. Cópias de frente e verso do Cartão de Permanência (Zairyu Card) ou Certificado de Registro de Estrangeiro da própria pessoa

(本人の在留カード(又は外国人登録証明書)の写し)

Favor colar aqui, e entregar junto com a declaração de imposto de renda.

整理番号	
------	--



* Se o endereço escrito no Comprovante de Imposto de Renda Retido na Fonte (Gensen) e no Cartão de Permanência (Zairyu Card) for diferente, deve anexar a “cópia do Atestado de Residência” que certifique a mudança de endereço, solicitando a referida cópia no Departamento Civil da Prefeitura.

Contribua anexando as cópias do documento, e entregue junto com a declaração de imposto, para confirmar suas obrigações tributárias.

2.Documento de verificação de identidade

Cole a cópia neste papel e envie juntamente com a declaração.

Ao enviar a declaração com o My Number (número individual) inserido, é necessário apresentar ou anexar a cópia dos documentos de verificação de identidade (documento para confirmar o número individual e documento de identificação).

No caso de anexar a cópia destes documentos, cole-a neste papel e envie juntamente com a declaração.

Para quem possui o cartão de My Number (cartão de número individual)

Cole a cópia frente e verso do cartão de My Number.

Cartão de My Number (frente) Cartão de My Number (verso)



COLAR AQUI

Para quem não possui o cartão de My Number (cartão de número individual)

Cole a cópia do “① documento para confirmar o número individual” e do “②. documento de identificação”.
Tome cuidado para não colar os documentos originais.

① Documento para confirmar o número individual	② Documento de identificação
« Cópia de um dos documentos abaixo que possa confirmar o número do seu My Number » <ul style="list-style-type: none">● notificação com a inscrição do número individual● cópia do Atestado de Residência (limita-se ao documento com inscrição do My Number”)	« Cópia de um dos documentos abaixo que possa confirmar ser o proprietário do My Number mencionado » <ul style="list-style-type: none">● Carteira de Habilitação● Passaporte● Cartão de Permanência (Zairyu Card)● Cartão de seguro de saúde público● Caderneta de Deficiente Físico

3. Documentos que comprovem a ligação com seus dependentes

(扶養親族であることの証明)

Para declarar sua esposa(o) ou outros familiares, favor entregar junto com a declaração de imposto, os documentos que comprovam a ligação com seus dependentes.

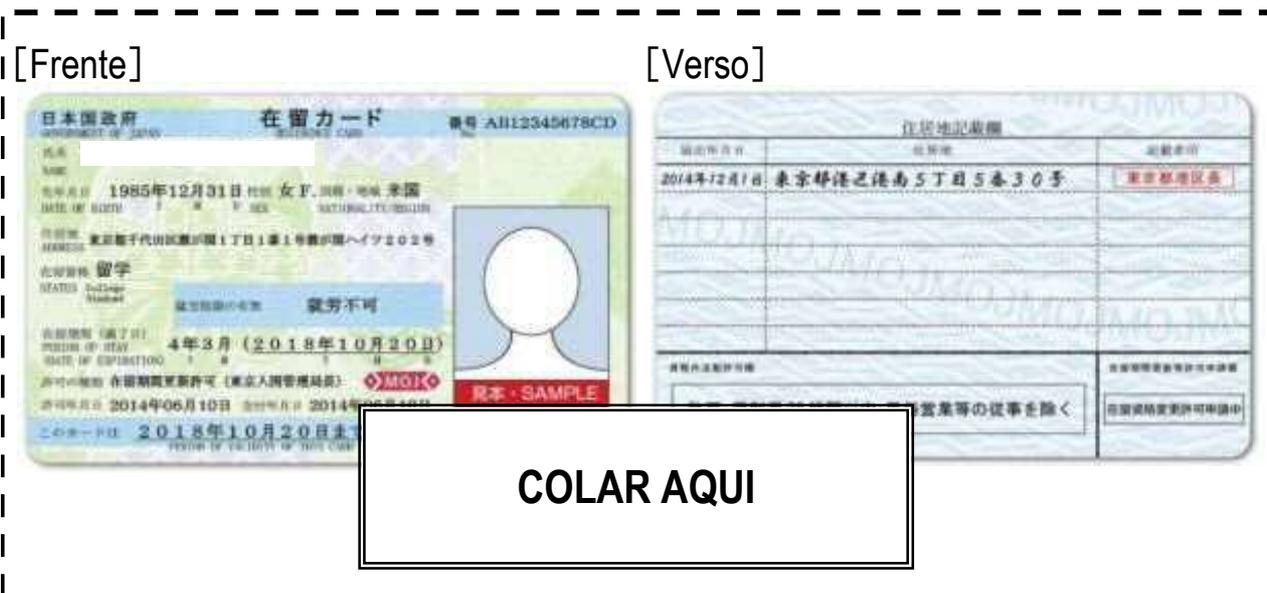
Cole a cópia dos cartões de residente dos dependentes familiares no verso dessa folha e entregue junto com a declaração de imposto de renda.

(1) Caso tenha dependentes que residam no Japão

(扶養している親族が日本にいる場合)

Cópia do Cartão de Permanência (Zairyu Card) ou Certificado de Registro de Estrangeiro (Gaikokujin Toroku) dos dependentes.

(扶養親族の在留カード(又は外国人登録証明書)の写し)



(2) Caso tenha dependentes que residam no exterior:

(扶養している親族が海外にいる場合)

Cole a cópia na página 7 e envie juntamente com a declaração.

Anexar documento relativo a parentesco e documento relativo à remessa de dinheiro.

A. Documento relativo a parentesco

Um dos seguintes documentos:

- ① Documento emitido pelo governo nacional ou governo local como cópia do histórico de endereço do Registro Civil (koseki no fuhyo) e cópia do passaporte do familiar dependente que esteja no exterior
- ② Cópia do Registro Civil (koseki tohon), certidão de nascimento, certidão de casamento, etc.

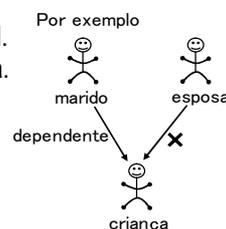
B. Documento relativo à remessa de dinheiro

Um dos seguintes documentos que comprove ter enviado dinheiro para cobrir o custo de vida de dependente que vive no exterior

- ③ Documento emitido por uma instituição financeira que comprove que tenha realizado o pagamento para os seus dependentes residentes no exterior (p.ex., pedido de remessa de dinheiro ao exterior).
- ④ Documento que comprove que os familiares residentes no exterior usaram o cartão de crédito para a compra de produtos e receberam de você o valor equivalente ao montante gasto com o cartão de crédito (p.ex, extrato do cartão de crédito)

(Atenção)

1. Com exceção da cópia do passaporte, o documento relativo a parentesco deve ser original. O documento relativo à remessa de dinheiro não se limita a ser original, podendo ser cópia.
2. Se tiver mais de um familiar dependente, deve apresentar o comprovante de remessa de dinheiro referente a cada pessoa.
3. Anexar a tradução em japonês para documentos (① a ④) escritos em outro idioma.
4. Uma pessoa não poderá ser dependente de duas pessoas. Certifique se os demais



【Exemplo de comprovante para declarar os dependentes que residem no exterior】

Dependentes (扶養者)	Tipo de comprovante (証明書等の種類)	
	Documento relativo a parentesco (親族関係書類)	Documento relativo à remessa de dinheiro (送金関係書類)
Cônjuge (配偶者)	Sua certidão de casamento (自分の婚姻証明書)	+ Comprovações de remessas bancárias aos dependentes (扶養親族への送金を証する書類)
Filho(a) (子)	Certidão de nascimento do filho(a) (子の出生証明書)	
Seus pais (自分の父母)	Sua certidão de nascimento (自分の出生証明書)	
Pais da esposa(o) (配偶者の父母)	Certidão de nascimento da esposa(o) e sua certidão de casamento (配偶者の出生証明書 自分の婚姻証明書)	
Seus avós (自分の祖父母)	Sua certidão de nascimento e certidão de nascimento de seus pais (自分の出生証明書 自分の父母の出生証明書)	
Avós do cônjuge (配偶者の祖父母)	Certidão de nascimento da esposa(o), certidão de nascimento dos pais da esposa(o) e sua certidão de casamento. (配偶者の出生証明書 配偶者の父母の出生証明書 自分の婚姻証明書)	

* Para pessoas não listadas acima, favor anexar comprovante que identifica seus laços familiares.

Consulte o modelo de preenchimento na página 6 e envie juntamente com a declaração.

DESENHO DE DEPENDENTE FAMILIARES OU REMETENTE

扶養親族等関係図及び送金先

Primeiramente leia com atenção.

1 Colocar ○ no nome do dependente.

Colocar × se os pais estão falecidos.

(扶養する親族を○で囲む。父母で死亡している者については、×を付ける。)

2 Escreva o endereço residencial dos dependentes familiares dentro dos retângulos correspondentes.

(に扶養する親族の住所を書く。)

3 Colocar seta (→) no remetente e beneficiário.

(送金した相手と本人を矢印で結ぶ。)

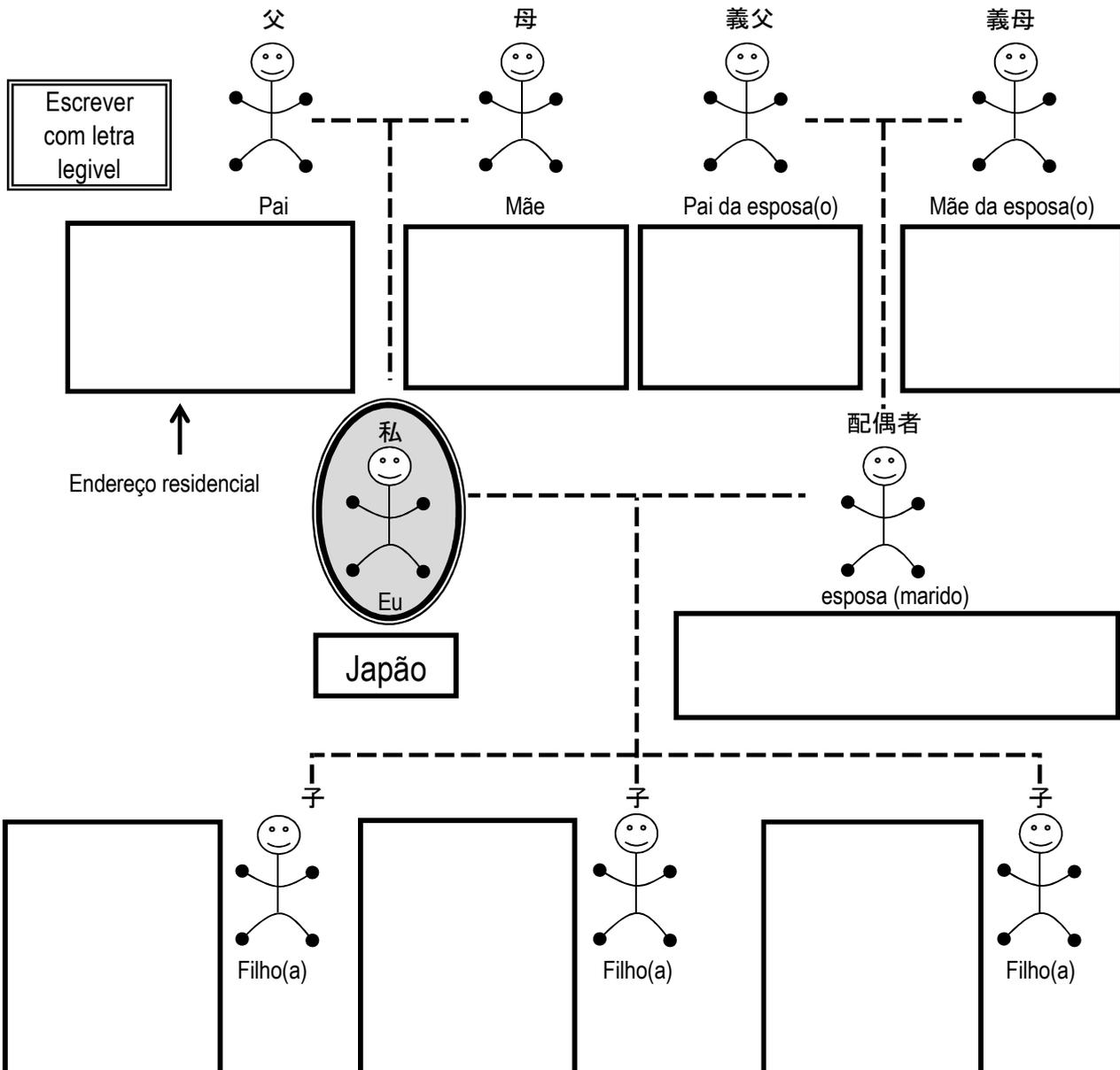
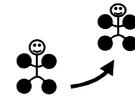
4 Se houver outros dependentes, favor discriminá-los.

(その他の扶養親族がいる場合は、書き加える。)

Por exemplo

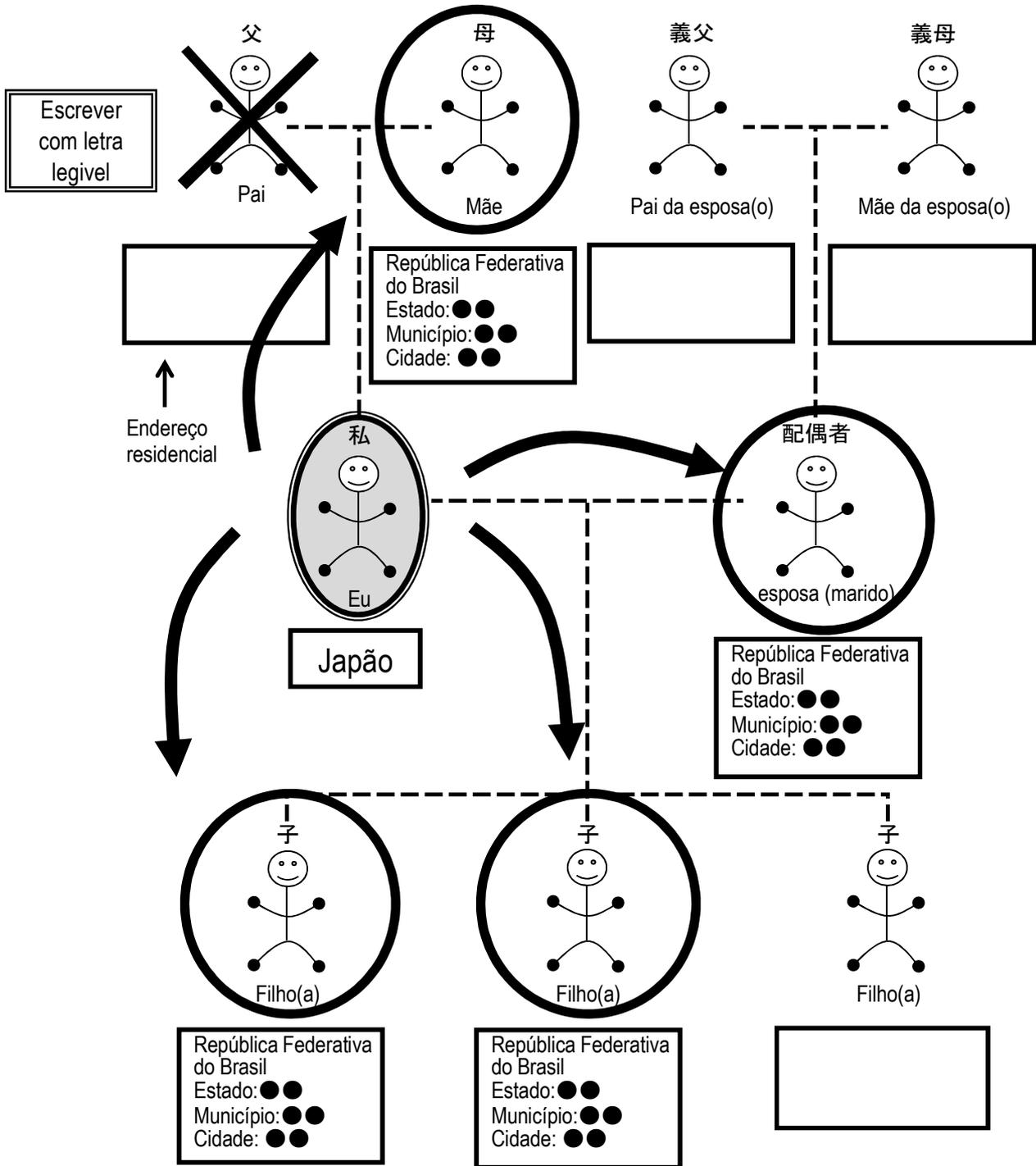


República Federativa do Brasil
Estado: ●●
Município: ●●●
Cidade: ●●●
●-●



Contribua anexando essa folha preenchida, e entregue junto com a declaração de imposto, para confirmar suas obrigações tributárias.

Exemplo de Preenchimento



Cole os seguintes documentos:

1 Documento relativo a parentesco
(certidão de nascimento, certidão de casamento, etc.)

2 Documento relativo à remessa de dinheiro
(pedido de remessa de dinheiro ao exterior, etc.)

3 Tradução

4. Planilha de descrição para dedução das despesas médicas (医療費控除の明細書)

A pessoa que declara as despesas médicas para serem deduzidas, deverá elaborar e entregar a planilha de descrição para dedução das despesas médicas. Se elabora a planilha de descrição, não precisará apresentar os recibos das despesas médicas.

Elabore a planilha de descrição igual a este formulário, e entregue-a junto com sua declaração de imposto de renda.

整理 番号	
----------	--

Planilha de descrição para dedução das despesas médicas do ano fiscal de _____ (令和 年分 医療費控除の明細書)

*As pessoas que recebam essa dedução, não podem utilizar o sistema de isenção especial de despesas médicas “self-medication”.
(※ この控除を受ける方は、セルフメディケーション税制は受けられません)

Nome _____
氏名 _____

1 Assuntos relacionados ao aviso de despesas médicas (医療費通知に関する事項)

Caso anexe o aviso das despesas médicas (*), preencha os itens (1) a (3) à direita.
*É um documento que notifica o valor das despesas médicas, etc. emitido pela seguradora que indica os seguintes seis itens.
(Exemplo: “Aviso das despesas médicas” emitido pela Cooperativa de Seguro de Saúde)
(医療費通知(※)を添付する場合、右記の(1)~(3)を記入します。)

※ (医療保険者が発行する医療費の額等を通知する書類で、次の6項目が記載されたものをいいます。
(例: 健康保険組合等が発行する「医療費のお知らせ」))

(1) Valor da despesa médica indicado no aviso das despesas médicas (医療費通知に記載された医療費の額)	(2) Valor da despesa médica efetivamente pago durante o ano em curso dentre os indicados no item (1) (1)のうちその年中に実際に支払った医療費の額)	(3) Valor complementado por seguro de vida, seguro social, etc. dentre os indicados no item (2). (2)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額
円	円	円

① Nome da pessoa assegurada, ② Data que recebeu o tratamento médico, ③ Pessoa que recebeu o tratamento médico, ④ Nome do hospital, clínica e farmácia onde foi atendida, ⑤ Valor da despesa médica pago pela pessoa assegurada ⑥ Nome da seguradora
(①被保険者等の氏名、②療養を受けた年月、③療養を受けた者、④療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称、⑤被保険者等が支払った医療費の額、⑥保険者等の名称)

2 Descrição das despesas médicas (distintas do item 1) (医療費(上記1以外)の明細)

Poderá agrupar por cada “Nome da pessoa que recebeu o tratamento médico” e “Nome do hospital, farmácia, etc. onde efetuou o pagamento”. Por favor, não anote as despesas médicas anotadas no item 1.
(「医療を受けた方の氏名」、「病院・薬局などの支払先の名称」ごとにまとめて記入することができます。上記1に記入したものについては、記入しないでください。)

(1) Nome da pessoa que recebeu o tratamento médico (医療を受けた方の氏名)	(2) Nome do hospital, farmácia, etc. onde efetuou o pagamento (病院・薬局などの支払先の名称)	(3) Tipo da despesa médica (医療費の区分)	(4) Valor da despesa médica pago (支払った医療費の額)	(5) Valor complementado por seguro de vida, seguro social, etc. dentre os indicados na coluna (4). (4)のうち生命保険や社会保険などで補填される金額)
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico (診療・治療) <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos (介護保険サービス) <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos (医薬品購入) <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas (その他の医療費)		
			円	円

(1) Nome da pessoa que recebeu o tratamento médico (医療を受けた方 の氏名)	(2) Nome do hospital, farmácia, etc. onde efetuou o pagamento (病院・薬局などの 支払先の名称)	(3) Tipo da despesa médica (医療費の区分)	(4) Valor da despesa médica pago (支払った医療費 の額)	(5) Valor complementado por seguro de vida, seguro social, etc. dentre os indicados na coluna (4). (4のうち生命保険 や社会保険などで 補填される金額)
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas	円	円
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
		<input type="checkbox"/> Consulta / Tratamento médico <input type="checkbox"/> Serviço do seguro de cuidados geriátricos <input type="checkbox"/> Compra de medicamentos <input type="checkbox"/> Outras despesas médicas		
Total de 2(2 の 合 計)				

*Os recibos das despesas médicas devem ser conservados em casa durante 5 anos.
(Quando sejam solicitados pela Secretaria de Impostos, deverá indicá-los ou apresentá-los.)

**5. Comprovante de pagamento de Seguro
Nacional de Saúde (Kokumin Kenko Hoken)
ou Pensão Nacional (Kokumin Nenkin)**

(国民健康保険料や国民年金の支払いの分かる書類)

Favor colar os comprovantes
nessa folha, e entregar junto com
a declaração de imposto de renda.

Favor colar os comprovantes de pagamento.

6. Cópia da capa e contra capa da caderneta bancária onde será feita a restituição do imposto.

(還付される税金の振込口座の通帳の表紙と裏表紙の写し)

整理
番号

Favor colar a cópia nessa folha, e entregar junto com a declaração de imposto de renda.

Por favor, cole a cópia da parte que contém o nome do banco, nome da agência, tipo de depósito e o titular da conta do declarante.
(Cópia da capa e parte interior da capa da caderneta bancária, etc.)

Contribua anexando as cópias do documento nessa folha, e entregue junto com a declaração de imposto, para confirmar suas obrigações tributárias.