

申請者の皆様へ

結核医療費公費負担申請に係る同意書の提出について

市内に居住する結核患者で、保健所から入院勧告を受けた方については、結核医療に必要な費用全額（食事代や移送費は除く）を公費で負担しますが、世帯員の所得割額の合算が56万4千円を超える方は、月額2万円を限度として自己負担額が生じます。

この自己負担額の有無を確認するため、本市職員により市民税・府民税関係公簿台帳と住民票情報の閲覧を行うことに対する同意書（以下「同意書」。）をご提出いただきたいと存じますので、同意書に住所・氏名をご記載の上、区保健福祉センターへご提出ください。

同意書をご提出いただけない場合は、市民税・府民税課税証明書及び住民票を区役所等で取得し、ご提出頂くこととなりますので、ご注意ください。

同意書提出日

To Applicants

Submitting the written consent form with your application to use public expenditure to cover tuberculosis expenses

For tuberculosis patients who live in Osaka City and have been advised by the public health center to be hospitalized, medical expenses required to treat tuberculosis (except meals and transferring fees) will be covered by public expenditure. However, if the total annual per-income levy of your household exceeds ¥564,000, you will incur a maximum ¥20,000 copayment.

To check whether or not such copayment is incurred, we would like you to provide written consent that allows municipal workers to view public record ledgers involving municipal and prefectural resident taxes and residence certificate records. Please provide your address and name on the attached Written Consent form and submit it to the health and welfare center in the ward in which you live.

Please note that if we do not receive your written consent, you must obtain your municipal/prefectural resident tax certificates and your residence certificate yourself and submit them to us.

Date of submitting written agreement

致申请者各位

关于提交申请结核医疗公费负担的同意书

对在市内居住的结核患者，并且保健所已劝告您住院的人，结核医疗所需费用的全额（伙食费及移送车费除外）由公费负担。但是家庭成员的所得比例税额（日语：所得割額）的合计超过56万4千日元的人，则每月需要负担以2万日元为限度的费用。

为了确认是否有自己负担的金额，请您提交同意由本市政府工作人员阅览市民税・府民税的有关记录台账及住民票信息的同意书（以下称“同意书”）。请您在同意书上填写地址、姓名，并提交给区保健福祉中心。

如果您不提交同意书时，则需要请您去区役所等领取市民税・府民税的课税证明书及住民票提交给我们，请给予留意。

同意书提交日

결핵의료비 공비부담신청에 따른 동의서 제출에 대해서

시내에 거주하는 결핵환자로, 보건소로부터 입원권고를 받은 분에 대해서는, 결핵의료에 필요한 경비전액 (식사비나 이동비는 제외) 을 공비로 부담하오나, 세대원의 소득할액의 합계가 56 만 4 천엔을 넘을 경우, 월 2 만엔 한도의 자기부담액이 발생합니다.

이 자기부담액의 유무를 확인하기위해, 본 시의 직원에게 시민세 · 부민세 관계 공부대장과 주민표 정보의 열람을 실시하는 것에 대한 동의서 (이하"동의서") 의 제출을 부탁드립니다. 동의서에 주소 · 성명을 기재하신 후, 구 보건복지센터로 제출하여 주십시오.

동의서를 제출하지 않는 경우, 시민세 · 부민세과세증명서 및 주민표를 구청 등에서 발급 후 제출이 필요하므로 주의해 주시기바랍니다.

동의서 제출일

Sa lahat ng mga aplikante

Tungkol sa Pag-sumite ng Douisho (Consent Form) Para sa Pag-apply sa Pampublikong Pondo Para sa Pagpapagamot ng Tuberculosis (TB)

Sa mga taong nakatira sa Osaka-shi at nakatanggap ng rekomendasyon mula sa health center na magpa-admit sa ospital, sasagutin ng pampublikong pondo ang lahat ng kinakailangang gastusin para sa pagpapagamot ng TB (maliban sa gastos sa pagkain at transportasyon), subalit kung ang binabayaran na income tax ng lahat ng miyembro ng kasambahay ay sosobra sa 564,000 yen, kailangan ninyong bayaran ang hindi tataas sa 20,000 yen bawat buwan.

Para makumpirma kung kailangan ninyong magbayad o hindi, hinihiling sa inyo na mag-sumite ng douisho (consent form) na nagbibigay ng pahintulot sa empleyado ng Osaka-shi na siyasatin ang record ninyo ng pagbayad ng buwis sa Osaka-shi at Osaka Prefecture at pati na rin impormasyon sa inyong juminhyo (resident card), kung kaya't pakisulat lamang ng inyong address at pangalan sa douisho at isumite ito sa inyong health and welfare center.

Kung hindi kayo magsusumite ng douisho, alalahanin ninyo na kailangan ninyong kumuha ng tax payment certificate para sa inyong shimin zei (city residents tax) at fumin zei (prefecture residents tax) mula sa kuyakusho (ward office) at isumite ito.

Petsa ng pag-sumite ng douisho

Kính gửi anh/chị

Về việc nộp giấy đồng ý liên quan thủ tục xin hỗ trợ ngân sách cho chi phí điều trị bệnh lao

Đối với anh/chị là bệnh nhân lao đang sống tại địa bàn thành phố và nhận được khuyến cáo nhập viện điều trị từ Trung tâm y tế, mọi chi phí liên quan đến điều trị bệnh lao (không bao gồm tiền ăn và chi phí vận chuyển) sẽ do ngân sách chi trả. Tuy nhiên, nếu anh/chị có mức tổng thu nhập chịu thuế của gia đình vượt trên 564.000 Yên, anh/chị sẽ tự chi trả mức tối đa là 20.000 Yên/tháng.

Để xác định mức tự chi trả của anh/chị, chúng tôi đề nghị anh/chị nộp Giấy đồng ý (dưới đây gọi là “Giấy đồng ý”) để nhân viên của văn phòng thành phố được xem các thông tin về hồ sơ nộp thuế cư dân thành phố, tỉnh, phiếu cư trú của anh/chị. Anh/chị hãy ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ vào Giấy đồng ý, và nộp cho Trung tâm Phúc lợi xã hội của Quận.

Trường hợp chúng tôi không nhận được Giấy đồng ý, chúng tôi sẽ yêu cầu anh/chị nộp Giấy chứng nhận nộp thuế cư dân tỉnh và thành phố, Phiếu cư trú (lấy từ văn phòng Ủy ban thị chính quận). Do vậy mong anh/chị hãy lưu ý

Ngày nộp Giấy đồng ý

Kepada Semua Pemohon

Pengajuan Formulir Persetujuan Penanggungungan Biaya Publik Pengobatan Tuberkulosis

Bagi pasien TBC yang tinggal di Osaka, mengenai seseorang yang mendapatkan instruksi rawat inap di rumah sakit dari pusat kesehatan masyarakat, biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan TBC (kecuali biaya makan dan biaya transportasi) akan ditanggung oleh biaya umum pemerintah, namun bagi seseorang yang pembayaran pajak pendapatan melebihi ¥ 564.000,- dalam satu keluarga maka akan dibebani biaya ¥ 20.000/bulan.

Untuk mengetahui ada tidaknya dan besarnya beban biaya pengobatan yang ditanggung, staf pemerintah membutuhkan persetujuan Anda untuk dapat memeriksa pembayaran Pajak Penduduk (Pajak Kota • Pajak Prefektur) dan surat keterangan tinggal penduduk, Anda lampirkan dokumen persetujuan tersebut (Formulir Persetujuan) tertulis nama dan alamat yang sesuai dengan data, lalu serahkan ke Pusat Kesehatan dan Kesejahteraan di wilayah tempat tinggal (Kuhoken Fukushi Center)

Harap perhatikan, Jika tidak menyerahkan dokumen persetujuan tersebut maka Sertifikat Pembayaran Pajak Penduduk (Pajak Kota • Pajak Prefektur) serta surat keterangan tinggal penduduk harus Anda proses dan serahkan ke kantor daerah setempat (Kuyakusho).

Tanggal Pengajuan Formulir Persetujuan

आदरणीय निवेदक ज्यूहरुमा

क्षयरोगको औषधिउपचार खर्च सरकारी कोषवाट व्यहोर्न दिइएको निवेदन संवन्धि अनुमति (मञ्जूरी) पत्र पेश गर्ने वारे

नगर भित्र वसोवास गरिआएका क्षयरोगका बिरामीले होकेन सेन्टर (जनस्वास्थ्य केन्द्र)वाट अस्पताल भर्ना हुन निर्देशन जारी गरिएका व्यक्तिहरुका संवन्धमा क्षयरोगको औषधिउपचारका लागि आवश्यक सम्पूर्ण खर्च (खाना र पारवहान खर्च वाहेक) सरकारी कोषवाट व्यहोरिनेछ । तर, संगै वसोवास गरिआएका सवै परिवारका कर योग्य आयको कुल रकम ५ लाख ६४ हजार येन भन्दा वढि भएका व्यक्तिहरुले मासिक २० हजार येन सम्मको आफैले तिर्नु पर्ने रकम निस्कन्छ ।

यस आफैले व्यहोर्नु पर्ने रकम निस्कन्छ या हुदैन भन्ने बुझन, यस नगरपालिकाका कर्मचारीवाट नगर कर वा प्रिफेक्चर कर संवन्धि सार्वजनिक दर्ता खाता र नगर वसोवास दर्ता प्रमाण पत्र (ज्यूउमिनहयोउ) का विवरण हेर्नका लागि अनुमति (मञ्जूरी) पत्र पेश गरिदिन हुन अनुरोध छ । मञ्जूरी पत्रमा ठेगाना र नाम उल्लेख गरि वडाको होकेन (जनस्वास्थ्य) समाज कल्याण केन्द्रमा वुझाउनुहोला ।

मञ्जूरी पत्र पेश नगरिएमा नगर कर वा प्रिफेक्चर करको प्रमाण पत्रका साथै नगर वसोवास दर्ता प्रमाण पत्र (ज्यूउमिनहयोउ) वडा कार्यलयवाट प्राप्त गरि पेश गराउन लगाइने हुनाले सावधान हुनुहोला ।

मञ्जूरी पत्र पेश गरेको मिति

လျှောက်ထားသူအားလုံးသို့

တီဘီရောဂါအတွက်ကုန်ကျစရိတ်အများပြည်သူရန်ပုံငွေအသုံးစရိတ်အတွက်လျှောက်လွှာအတွက်

သဘောတူညီချက်ကိုတင်ပြခြင်းနှင့်ပတ်သက်၍

အိုဆာကာမြို့တွင်းနေထိုင်သောတီဘီရောဂါလူနာများသည်ကျန်းမာရေးစင်တာမှဆေးရုံတက်ရန်အကြံပေးခြင်းခံရသောသူသည်တီဘီရောဂါကုသမှုအတွက်ကုန်ကျစရိတ်အပြည့်အဝကို(အစားအစာနှင့်သယ်ယူပို့ဆောင်ရေးအသုံးစရိတ်များမပါဝင်ပါ)အများပြည်သူရန်ပုံငွေဖြင့်သာပေးမည်ဖြစ်သော်လည်းအိမ်ထောင်စုဝင်များ၏ဝင်ငွေရာခိုင်နှုန်း စုစုပေါင်းယန်း ၅၆၄၀၀၀ ကျော်ရရှိသူများကိုလစဉ်ကြေး ယန်း ၂၀၀၀၀ အထိ ကိုယ်တိုင်ပေးဆောင်ရမည်ဖြစ်သည်။

လူနာကိုယ်တိုင်ပေးဆောင်ရမည့်ဆေးကုသကုန်ကျစရိတ်ရှိမရှိစစ်ဆေးသိရှိနိုင်ရန်အတွက်ရပ်ကွက်ရုံးများတွင်စည်ပင်သာယာခွန်စီရင်စုဆိုင်ရာအခွန်နှင့်ဆက်နွယ်နေသောအများပြည်သူမှတ်ပုံတင်နှင့်နေထိုင်ခွင့်ကဒ်ပြားအချက်အလက်များကိုကြည့်ရှုရန်အတွက်မြို့အရာရှိများကသဘောတူခွင့်ပြုချက်ပုံစံ ("အောက်တွင်သဘောတူညီမှုပုံစံ")ကိုတင်ပြပေးရပါမည်။သဘောတူညီချက်ပုံစံစာရွက်ပေါ်တွင်သင်၏အမည်နှင့်လိပ်စာကိုရေး၍ ရပ်ကွက်ကျန်းမာရေးနှင့်လူမှုဖူလုံရေးဌာနသို့တင်ပြပါ။

အကယ်၍သင်သည်သဘောတူညီချက်ပုံစံစာရွက်ကိုမတင်ပြပါကစည်ပင်သာယာခွန်/စီရင်စုဆိုင်ရာအခွန်အကောက်ဆိုင်ရာအခွန်လက်မှတ်နှင့်ရပ်ကွက်ရုံးရှိနေထိုင်ခွင့်လက်မှတ်စသည်တို့ကိုသင့်နေထိုင်ရာရပ်ကွက်မှတစ်ဆင့် တင်ပြရန် တောင်းဆိုပါမည်။ ဒီအချက်ကို သတိထားပေးပါ။

ရက်စွဲ