

<div>澳門特別行政區政府 Governo da Região Administrativa Especial de Macau 財政局 Direcção dos Serviços de Finanças</div>		<div>職業稅 Imposto Profissional 殘疾人士調升職業稅免稅額申請表 Pedido de Aumento da Isenção do Imposto Profissional por Deficientes</div>											
1. 申請事項 Tipo de pedido													
<div><input type="checkbox"/> 首次申請 1.º pedido</div> <div><input type="checkbox"/> 資料更新 Actualização dos dados</div> <div>(適用於殘疾狀況出現變化導致喪失稅務優惠資格者，不適用於個人資料更新或殘疾狀況變化但不影響稅務優惠資格者)</div> <div>(aplica-se apenas àqueles que percam a qualidade de beneficiário fiscal em virtude da mudança do estado de invalidez, não sendo aplicável à actualização dos dados pessoais, ou àqueles que alterem o seu estado de invalidez mas sem prejuízo da sua qualidade de beneficiário fiscal)</div>													
2. 申請人資料 Identificação do requerente													
中文姓名 Nome chinês													
葡文 / 外文姓名 Nome português/estrangeiro													
身份證明文件 Documento de identificação		<div><input type="checkbox"/> 澳門居民身份證 Bilhete de Identidade de Residente de Macau</div> <div><input type="checkbox"/> 外地僱員身份識別證 Título de Identificação de Trabalhador Não Residente</div> <div><input type="checkbox"/> 其他證件 Outro documento</div> <div>編號 N.º _____</div>											
納稅人編號 Número de contribuinte		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
3. 必須提交的文件 Documentos necessários													
<div>1. 經填妥的本申請表；</div> <div>2. 身份證明文件副本；</div> <div>3. 醫生證明正本（見背面式樣）：<div><div>➢ 接納的醫療機構：衛生局、鏡湖醫院、澳門科大醫院、澳門銀葵醫院、澳門協和醫院；</div><div>➢ 有效期：近一年內發出；</div><div>➢ 內容必須包括：患者身份識別資料（姓名、證件類別及編號）、殘疾描述、殘疾程度（百分比）、醫生姓名、醫院印章。</div></div></div> <div>1. Presente pedido, devidamente preenchido;</div> <div>2. Fotocópia do documento de identificação;</div> <div>3. Original do atestado médico (vide o modelo no verso desta folha):<div><div>➢ Instituições médicas admitidas: Serviços de Saúde, Hospital Kiang Wu, Hospital da Universidade de Ciência e Tecnologia de Macau, Hospital Macau Yin Kui, Hospital Macau Union;</div><div>➢ Prazo de validade: emitido no último ano;</div><div>➢ Deve constar do seguinte conteúdo: a identificação do doente (nome, tipo e número do documento de identificação), a descrição do estado de invalidez, o grau de invalidez (percentagem), o nome do médico e o carimbo do hospital.</div></div></div>													
4. 聲明及簽署 Declaração e assinatura		5. 財政局專用 Reservado à DSF											
<div>本人聲明如下 Declaro que:</div> <div>1. 填交的資料及文件全部屬實； as informações e os documentos apresentados correspondem à verdade;</div> <div>2. 同意財政局在必要時將資料向相關實體/機構披露以核實或處理與申請相關的事宜。 concordo que, na verificação ou processamento do pedido, a DSF possa divulgar as informações em causa junto das respectivas entidades/instituições, quando necessário.</div> <div>日期 Data: _____ / _____ / _____ 年 ano 月 mês 日 dia</div> <div>簽名 Assinatura</div> <div>電話 Telefone: _____</div> <div>(僅供本次申請之用 Usado apenas para este pedido)</div>													