

# 記入例

## 住民税均等割のみ課税世帯生活支援給付金支給要件確認書

住民税均等割のみ課税世帯生活支援給付金支給要件確認書について、令和5年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため、以下のとおり、支給予定額をお知らせします。以下の内容を確認して、令和6年8月30日までに、この確認書を返送してください。

支給方法	口座振込
支給日	確認書を受理した日から20日後
支給口座	
支給額	

■世帯主の方が記入してください。

確認欄 (以下の項目を確認し、確認後にチェック)

口座の印字がない場合は、下記に記入いただき口座の写しを添付してください。

- ① 世帯の中に、住民税課税となる世帯員がいない。
- ② 課税者に扶養されている者のみで構成される世帯ではありません。

※①及び②の両方にチェックがある場合に限り、支給対象に該当し、給付金が受け取れます。(いずれか1つでもチェックがない場合、支給対象に該当せず、給付金を受け取れません。)

※令和5年1月2日以降入国した者における課税権がない方、租税条約による住民税の免除を届け出ている方がいる場合は、支給対象となりません。

※確認内容が誤っている場合は給付金の返還を求める場合があります。世帯主様より、世帯を移していただく場合は、家族に確認してください。

※上記の事項が不正受給として調査され、返金請求及び返送した確認書が、世帯主様の住所に届かない場合は、確認した日にちと連絡の取れる電話番号を書いてください。

※本給付金を受給しない場合は、右欄に×印をご記入ください。【 私の世帯は給付金を受給しません。  】

宛名と同じ方の名前を記入してください。

確認した日にちと連絡の取れる電話番号を書いてください。

上記記入内容に相違ありません。

世帯主氏名	確認日	令和 年 月 日	連絡先電話番号
-------	-----	----------	---------

記載された口座を既に解約しているなどの理由で上記口座とは異なる口座への振込みを希望する場合や、上記口座欄が空欄の場合には、以下のいずれか1つのチェック欄 (  ) にレを入れてください。

上記口座に代えて (又は上記の口座欄が空欄の場合)、

下記の現に使用している世帯主 (申請者) 名義の口座への振込を希望します。(通帳等の写しは不要)

水道料引落口座  住民税等の引落口座  児童手当等の受給口座 (希望する場合はいずれか1つをチェック)

※ この口座への振込を希望する場合、当該口座の確認について、税務局等に照会することを承諾します。

下記の口座への振込を希望します。(通帳等の写しが必要。長期間入出金のない口座を記入しないでください)

【受取口座記入欄】※下欄に記載の上、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義(カナ)
1. 銀行 4. 信連 7. 信漁連 2. 金庫 5. 農協 3. 信組 6. 漁協	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座	※右詰めでお書きください。	※通帳の表記に合わせてください。
金融機関番号	店番号			

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	口座名義(カナ)
	(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	※右詰めでご記入ください。	※通帳の表記に合わせてください。
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入ください。	1 ※		

(注) 金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、垂井町役場 健康福祉課までお問い合わせください。

代理人が確認する場合は、裏面の代理確認 (受給) に記入してください。

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	フリガナ	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
上記の者を代理人と認め、住民税均等割のみ課税世帯生活支援給付金の			を委任します。 ←法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。	日中に連絡可能な電話番号 ( )
確認・請求 受給 確認・請求及び受給			世帯主氏名	署名

### 振込先金融機関口座確認書類

(受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し)

表面の上の方に記載の口座以外の口座への振込を希望される場合は、表面の下の方に記入した振込を希望する口座の確認書類を提出してください。

### 本人(代理人) 確認書類

※ ①公的機関が発行した書類(顔写真付き) 1点: マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、在留カード、身体障害者手帳等の写し

又は

②公的機関等が発行した書類(顔写真なし) 2点: 健康保険証、年金手帳、介護保険証、福祉医療費受給者証等の写し(健康保険証を添付する場合は、被保険者等の記号・番号はマスキング(黒で塗りつぶし)をしてください。)

※ 代理による場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付

表面の上の方に記載の口座以外の口座への振込を希望される場合 又は 代理人が確認(受給)する場合には提出してください