

定額減税補足給付金（不足額給付分）受給辞退の届出書

垂井町長 様

1. 私は、「定額減税補足給付金（不足額給付分）」の受給について辞退することを、ここに届け出ます。
2. 本届出により、「定額減税補足給付金（不足額給付分）」の受給を辞退する者が本人であることを証明するため、本人確認資料を下欄に貼付し提出します。

令和 年 月 日

届出者住所 _____

届出者氏名 _____

届出者連絡先 _____（ ） _____

本人確認書類添付箇所

※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、資格確認書等の写し
（健康保険証、資格確認書を添付する場合は、
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。）