

定額減税補足給付金（不足額給付分）支給口座登録等の届出書

支給市区町村（※令和7年1月1日時点の市区町村）

垂井町長 様

1. 申請・請求者

| （フリガナ） |  | 性別  | 生年月日        | 現住所   |
|--------|--|-----|-------------|-------|
| 氏名     |  |     |             |       |
|        |  | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成 | 電話（ ） |
|        |  |     | 年 月 日       |       |

2. 振込口座（原則、1. の申請・請求者名義の口座）※長期間入出金のない口座を記入しないでください。  
※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】

| 金融機関名   |                                                     | 支店名                 | 分類  | 口座番号<br>(右詰めでお書きください。) |  |  |  | 口座名義(フリガナのみ)                           |  |
|---------|-----------------------------------------------------|---------------------|-----|------------------------|--|--|--|----------------------------------------|--|
| 金融機関コード | 1. 銀行 5. 農協<br>2. 金庫 6. 漁協<br>3. 信組 7. 信漁連<br>4. 信連 | 本・支店<br>本・支所<br>出張所 | 1普通 |                        |  |  |  | ※「1. 申請・請求者」名義に限る。<br>※通帳の表記に合わせてください。 |  |
|         |                                                     | 支店コード               | 2当座 |                        |  |  |  |                                        |  |

| ゆうちょ銀行                                                     | 通帳番号（6桁目がある場合は※欄にご記入ください） | 通帳番号<br>(右詰めでお書きください。) | 口座名義(フリガナのみ)<br>※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・番号を記入してください。 | ※<br>1                    |                        |                                  |

※金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、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 健康福祉課にお問い合わせください。

【誓約・同意事項】(チェック欄(□)に『レ』を入れてください。)

☐ 垂井町が支給決定をした後、届出書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和7年10月31日までに、垂井町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、定額減税補足給付金（不足額給付分）が支給されないことに同意します。

提出書類

☐ 『定額減税補足給付金（不足額給付分）支給口座登録等の届出書』（本書）  
※必要事項をご記入ください。

☐ 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』  
※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。）

☐ 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』  
※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。

☐ （代理人が受給する場合のみ）『代理人の本人確認書類の写し(コピー)』

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<br>年 月 日 | 日中に連絡可能な電話番号 ( ) |  |
| 上記の者を代理人と認め、定額減税補足給付金（不足額給付分）の受領を委任します。 |       |         | 世帯主氏名                |                  |  |

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

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、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。)

※ 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

