

世帯主氏名
現住所

発行日 年 月 日

桜川市低所得世帯支援給付金支給要件確認書

令和6年度の個人住民税の課税状況に基づき、対象と思われる世帯に送付しています。以下の内容を確認した上で署名又は記名押印し、この確認書と必要書類を返送してください。

[返送期限 年 月 日]

[1] 令和6年12月13日時点の世帯の構成員

世帯主	住 所		子ども 加算 対象の 児童
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
世帯員	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	
	カナ)	生 年 月 日	
	氏名)	年 月 日	

[2] 振込先 ※支給口座が空白の場合、裏面へ口座情報を記入してください。

支給口座	銀行	支店	支給日
	普通預金	000****	
	口座名義人		

※子ども加算として、支給対象者の世帯である18歳以下の児童には、1人当たり2万円を給付します。
支給額は、[1]の世帯の構成員で「子ども加算対象の児童」の欄に「該当」と表示のある数×2万円です。
※令和6年12月14日以降に出生した児童や別世帯に扶養している児童がいる場合は、別途、申請が必要です。

[3] 世帯主の署名欄

☐ 裏面の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

※本給付金を受給しない場合は、右欄(□)にレ点を記入してください。【私の世帯は給付金を受給しません □】

記 入 日	カナ)	連絡先電話番号
年 月 日	氏名)	

上記支給口座とは異なる口座への振込を希望する場合や、上記支給口座が空白の場合、以下のいずれか1つのチェック欄(□)にレ点を記入してください。

- ☐ (ア)世帯主(申請者)名義の公金受取口座への振込を希望します。
※公金受取口座はマイナポータル等から世帯主名義の公金受取口座を登録している人が利用できます。
- ☐ (イ)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。
☐ 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。
- ☐ (ウ)その他の口座への振込を希望します。 →裏面へ口座情報を記入してください。

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。

誓約・同意事項

- (1) 給付金の支給要件(次のア～カの全て)に該当します。
- ア 世帯の全員が、個人住民税均等割非課税です。
 - イ 世帯の全員が、個人住民税均等割が課されている他の親族等の扶養を受けておりません。
※扶養を受けているか分からない時は、両親や子ども等、ご家族に確認してください。
 - ウ 世帯の中に、個人住民税均等割課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
 - エ 世帯の中に、租税条約による免除の適用を届け出ている者はいません。
 - オ 加算の対象となる児童は、申請者(世帯員も含む。)と生計を同一にする児童です。
 - カ 他市区町村で本給付金の支給を受けた世帯ではありません。
- (2) 支給要件確認書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合、給付金を返還します。
意図的に虚偽の記載をした場合、不正受給として罪に問われることがあります。
- (3) 返送した確認書に不備があり市町村が定める期限までに必要な修正が行われない場合、給付金が支給されないことに同意します。

■表面で(ウ)を選択した場合■

※口座確認書類及び本人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又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 0 ※		

※金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受取が出来ない方は、別途ご相談ください。

■代理人が代理確認(受給)する場合■

※世帯主・代理人双方の本人確認書類を添付してください。

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					
			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、 桜川市低所得世帯 支援給付金の			確認・請求 受給 確認・請求及び受給	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。	世帯主氏名	署名又は記名押印

振込先金融機関 口座確認書類

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

本人(代理人)確認書類

- ※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の写し(いずれか1つ)
(マイナンバーカードは表面のみ、マイナンバーの通知カードは不可)
- ※有効期限のあるものは、有効期限の切れていないもの