

## 矢巾町不足額給付金申請書（不足額給付Ⅱ請求書）

受付印

矢巾町長 様

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約、同意の上、申請します。

## 1. 申請・請求者

以下に記入し、『申請・請求者の本人確認書類のコピー』を添付してください。

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
	男 ・ 女	大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ( )
次の時点でお住まいだった住所 ※現住所と異なる場合は、当時お住まいだった住所を必ずご記入ください。支給要件の該当有無を審査する際に必要な情報となります。			
令和5年12月1日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる（住所： )	
令和6年1月1日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる（住所： )	
令和6年6月3日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる（住所： )	

## 【委任欄】

代理人が申請する場合には記入し、『代理人の本人確認書類のコピー』を添付してください。

(フリガナ) 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人現住所
		大正・昭和・平成 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、 矢巾町不足額給付金の（確認・請求 受給 確認・請求及び受給）		年 月 日 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。	署名 委任者 氏名

※ 法定代理人が申請する場合、その旨を確認できる登記事項証明書等の確認書類のコピーを添付してください。

## 2. 振込口座（原則、1. の申請・請求者の口座としてください。）

下記に記入し、『振込口座を確認できる書類のコピー』を添付してください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 ※右詰めでご記入ください	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください
1. 銀行 4. 信連 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		
金融機関番号	店番号			
ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は ※欄にご記入ください	通帳番号 ※右詰めでご記入ください	口座名義(カナ) ※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に記載された 記号・番号をご記入ください。	1 0 ※			

※ 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できない方は、矢巾町福祉課(019-611-2573)までお問い合わせください。

【裏面に続きます】

### 3. 誓約・同意事項

全ての項目を確認し、□にチェック(レ)してください。

#### 【誓約・同意事項】

以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約、同意します。

① 下記の支給要件に該当する場合、原則として**4万円**(※1, 2)が支給されます。町における確認の結果、支給要件に該当しなかった場合には不足額給付金は支給されません。

※1 当初調整給付金の受給額等によっては、1～3万円の支給となります。

※2 令和6年1月1日時点で国外居住者であった場合には3万円の支給となります。

#### 【支給要件】

以下のいずれかの条件を満たすこと

・令和6年分所得税に係る合計所得金額及び令和6年度個人住民税に係る合計所得金額が48万円を超える者のうち、定額減税及び調整給付金(当初給付分)の支給対象とならず、また、低所得世帯向け給付金の対象世帯の世帯主・世帯員に該当していない。

・地方税法第32条第3項及び第313条第3項の規定による青色事業専従者又は同法第32条第4項及び第313条第4項の規定による事業専従者で、定額減税及び調整給付金(当初給付分)の支給対象とならず、また、低所得世帯向け給付金の対象世帯の世帯主・世帯員に該当していない。

〔低所得世帯向け給付金…・令和5年度非課税世帯への給付(7万円)、均等割のみ課税世帯への給付(10万円)  
・令和6年度新たに非課税世帯又は均等割のみ課税となった世帯への給付(10万円)〕

② 本給付金の支給要件の該当性等を審査するために、町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。

③ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

④ 町が支給決定した後、申請書(請求書)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12月26日までに、町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、本給付金が支給されないことに同意します。

⑤ 給付金の支給後、本申請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本給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、本給付金を返還します。

チェック欄	対象者	提出書類	
<input type="checkbox"/>	全員	矢巾町不足額給付金申請書 (請求書) (本書類)	必要事項をご記入ください。
<input type="checkbox"/>	全員	令和6年分所得税の源泉徴収票又は確定申告書のコピー	令和6年分所得税額等が確認できる書類
<input type="checkbox"/>	専従者のみ	事業主の令和5・6年分所得税確定申告書のコピー	青色事業専従者又は事業専従者の方のみ
<input type="checkbox"/>	矢巾町以外で当初調整給付金の支給対象だった方のみ	当初調整給付金額がわかる資料のコピー	お手元がない場合は、令和6年1月1日時点にお住まいだった自治体へお問い合わせください。
<input type="checkbox"/>	全員	申請・請求者の本人確認書類のコピー	運転免許証、マイナンバーカード(顔写真付)、資格確認書、介護保険証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	全員	振込口座を確認できる書類のコピー	通帳、キャッシュカード(振込口座の金融機関名、口座番号、口座名義人を確認できるもの)
<input type="checkbox"/>	【委任欄】記載がある場合	【委任欄】に記入した代理人の本人確認書類のコピー	運転免許証、マイナンバーカード(顔写真付)、資格確認書、介護保険証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	【委任欄】記載が法定代理人の場合	関係性が確認できる書類のコピー	登記事項証明書等

本申立ての内容に相違ありません。

年 月 日

申請者氏名