

令和 年 月 日

〒
住所

氏名

新地町長 大堀 武
(公 印 省 略)

令和6年度新地町物価高騰対応臨時特別給付金支給要件確認書

令和6年度、新たに世帯全員の住民税が「非課税」または「均等割のみ課税」となられた世帯に対し、給付金を支給致します。また、18歳以下（平成18年4月2日生まれ以降）の子どもを扶養している子育て世帯には追加（子ども加算）支給があります。
以下の内容を確認して、**令和6年10月31日までに**この確認書を返送してください。

※上記の回答期限までに返信がない場合は、本給付金の支給を辞退したとみなしますのでご注意ください。また、令和5年度の臨時特別給付金（7万円または10万円）の対象であった世帯は、今回の給付金の対象ではありません。

1. 確認欄 ※いずれか一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。

(以下の項目を確認し、確認後にチェック欄（□）にレを入れてください)

<input type="checkbox"/>	世帯の全員が、令和6年度「住民税非課税」又は「住民税均等割のみ課税」で、かつ住民税所得割が課税されている者の扶養親族等のみで構成されている世帯ではありません。
<input type="checkbox"/>	世帯の中に、住民税所得割が課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
<input type="checkbox"/>	令和5年度非課税世帯・低所得世帯等の給付金を受けている世帯ではありません。

※本給付金を受給しない場合は、チェック欄（□）にX印をご記入ください。

【 私の世帯は給付金を受給しません □ 】

2. 支給内容

支給日	確認書を受理した日から30日以内
支給額	円

3. 子ども加算給付対象児童 ※対象児童1人当たり一律50,000円

(令和6年6月3日時点で世帯主と同一世帯である平成18年4月2日生まれ以降の児童)

氏 名	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

(裏面も必ずご確認、ご記入下さい)

4. 臨時特別給付額

給付額 ①	円
-------	---

5. 子ども加算給付額

対象児童数 (「4. 給付金対象児童」に記載の人数)	人	× 50,000円 =	給付額 ②	円
-------------------------------	---	-------------	-------	---

6. 口座振込予定額

給付額① + 給付額②
円

※ 受取口座記入欄にご記入の上、通帳等のコピーを添付願います。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 ※右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
		1普通 2当座		

(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、新地町役場健康福祉課福祉係 (0244-62-2931) までお問い合わせください。

記入内容に相違ありません。

令和 年 月 日

世帯主氏名 (自署)

連絡先電話番号 :

【委任欄】 ※ご本人が1～6までを確認した場合は記入の必要がありません。

※下記のご記入の上、本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等の写し)の添付をお願いいたします。※顔写真なしの場合2種類必要になります。【保険証、年金手帳など】

フリガナ 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
		大正・昭和・平成 年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ()
<input type="checkbox"/> 確認及び請求のみ <input type="checkbox"/> 受給のみ <input type="checkbox"/> 確認・請求及び受給		を委任します。	世帯主氏名 (署名または記名押印) 印

【注意事項】 よくお読みください。

- ※ 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。
- ※ 住民税の取扱いとして、扶養を受けているか分からないときは、両親や子ども等、家族に確認してください。
- ※ 意図的に虚偽の記載をした場合は不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。