様式第1号（第5条関係）

令和4年6月1日以降用

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　身延町長

住民税非課税世帯等に対する臨時特別給付金支給要件確認書

住民税非課税世帯等に対する臨時特別給付金について、令和4年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため、以下のとおり、支給予定額をお知らせします。

　以下の内容を確認して、（発行日から3か月以内の月日）までに、この確認書を返送して下さい。

支給方法　口座振込

支 給 日　確認書日を受理した日から○日後

支給口座　○○銀行　　　　○○支店　　　普通

　　　　　\*\*\*\*000　　　　（口座名義）

支 給 額　100,000円

**■世帯主の方が記入して下さい。**

確認欄（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）

|  |
| --- |
| * ①世帯の全員が、住民税が課されている他の親族等の扶養を受けていません。 |
| * ②世帯の中に、住民税課税となる所得があるのに未申告である者はいません。 |
| * ③既に住民税非課税世帯等に対する臨時特別給付金の支給を受けた世帯又は当該世帯の世帯主であった者を含む世帯ではありません。 |

※**①から③の全てにチェックがある場合に限り**、支給対象者に該当し、給付金が受け取れます。

（いずれか1つでもチェックがない場合、支給対象者に該当せず、給付金を受け取れません。）

※租税条例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、両親や子ども等に確認してください。

また、意図的に虚偽の確認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。

※上記の回答期限までに返信がない場合は、市区町村は本給付金の支給を辞退したとみなします。

**※本給付金を受給しない場合は、右欄に×印をご記入ください。　【 私の世帯は給付金を受給しません □ 】**

上記記入内容に相違ありません。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主名 |  | 確認日 | 令和　年　月　日 | 連絡先電話番号 |  |

記載された口座を既に解約しているなどの理由で上記口座とは異なる口座への振込みを希望する場合や、上記口座欄が空欄の場合には、裏面の欄に記入して下さい。（長期間入出金のない口座を記入しないでください）

□上記口座に代えて（又は上記の口座欄が空欄の場合）、下記の口座への振込を希望します。

□ 当市区町村の水道料、住民税等の引落し、児童手当等の支給に現に使用している口座であって、世帯主（申請者）名義のもの

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、水道部局、税部局等に照会することを承諾します。（この場合、

通帳等のコピーは不要）

（希望する口座）　□水道料引落口座　　□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つにチェックしてください）

【受取口座記入欄】※下欄に記載の上、振込先金融機関口座確認書類を添付して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関番号 | |  |  |  |  | 店番号 |  |  |  |

（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、身延町役場福祉保健課（0556-20-4611)までお問い合わせください。

　　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。

【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  　 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、 | | | | | | 世帯主氏名 | 署名（又は記名押印） |
| 臨時特別給付金の | | 確認・請求 | | を委任します。 | |  |
| 受給 | | ←法定代理の場合は、 | |
| 確認・請求及び受給 | | 委任方法の選択は不要です。 | |

|  |
| --- |
| **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  （表面に記載の口座以外の口座への振込を希望される場合は、表面に記入した  振込みを希望する口座の確認書類を提出して下さい） |

|  |
| --- |
| 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）  ※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  表面に記載の口座以外の口座への振込を希望される場合  又は　代理人が確認（受給）する場合　には提出して下さい |