様式第1号（第6条関係）

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　身延町長

調整給付金支給要件確認書

令和６年の所得税（推計）及び令和６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、令和６年10月31日（木）までに、この確認書と本人確認書類等を返送してください。

審査の上、以下のとおり給付金を振り込みます。

支給方法　口座振込

支 給 日　確認書を受理した日から3週間～4週間後

支給口座　振込を希望する口座情報を裏面の(2)に記入してください。

支 給 額　○○円

**（１）調整給付金の支給額及び算出式**

|  |  |
| --- | --- |
| 所得税 | 　　　　定額減税可能額　　　　　　　令和６年分推計　　　　　控除不足額（①）（３万円×（本人＋扶養親族数））　　 所得税額　　　　　　　　　　　　　　円　 －　　　　　　　円　　＝　　　　　　　　円（＜０の場合は０） |
| 住民税所得割 | 定額減税可能額　　　　　　　令和６年度分　　　　　控除不足額（②）（１万円×（本人＋扶養親族数））　　 住民税所得割額　　　　　　　　　　　　　　円　 －　　　　　　　円　　＝　　　　　　　　円（＜０の場合は０） |
| 調整給付金 | 　　　　所得税分の　　　　　　　　　住民税所得割分の　　　　控除不足額　計（③）控除不足額（①）　　　　　　控除不足額（②）　　　　（①＋②）　　　　　　　　　　　　　　円　 ＋　　　　　　　円　　＝　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**調整給付金支給額****（上記③の金額を1万円単位に切上げ）****円**※「扶養親族数」には、控除対象配偶者、16歳未満の扶養親族を含みます。 |

※「令和６年分推計所得税額」欄の数値は、現時点で入手可能な令和５年所得等を基にした推計額を記載しており、

**令和６年分所得税額が判明した際に給付金額に不足が生じた場合は、当該不足額を令和７年以降に追加給付予定です。**

　　※**令和６年中に身延町外に転出される方又は転出された方**は、本確認書が追加給付に際して必要となることがあるため、

**提出前に写し（コピー）を取って大切に保管ください。**

　　※**上記の返送期限までに返信がない場合又は返送した確認書に不備があり町が定める期限までに必要な修正が行われない**

**場合、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、右欄にレをご記入ください。　【　私は給付金を受給しません □ 】**

上記記入内容に異議ありません。　　　※意図的に虚偽の確認をした場合は返還を求めるほか、

不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 確認日 | 令和　　年　　月　　日 | 連絡先電話番号 |  |

**裏面も必ずご確認ください**

**（２）給付金の振込先口座**

以下**いずれか１つのチェック欄（□）にレを入れてください。②の場合、口座情報を必ずご記入ください。**

 **□** **①下記の現に使用している本人名義の口座**への振込を希望します。（通帳等の写しは不要）

 **□** 上下水道料引落口座 **□** 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、当該担当部署に照会することを承諾します。

**□** **②下記の口座**への振込を希望します。

（通帳等の写しを本人確認書類等貼付用紙に添付する必要があります。長期間入出金のない口座を記入しないで

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 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 |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 店番 | 預金種目 | 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 |
| ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）をご記入ください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（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、身延町役場税務課（0556-42-4803)までお問い合わせ

　　　ください。

**代理人が確認する場合は、下記の【代理確認・受給を行う場合】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 | 本人との関係 | 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、 | 本人氏名 | 署名 |
| 調整給付金の | 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。 |

|  |
| --- |
| **提出書類****□　『調整給付金　支給要件確認書』（本書）**　　　※必要事項をご記入ください。　　　　□　氏名、確認日、連絡先電話番号（表面）　　　　□　振込先口座（裏面）**□　『本人（代理人）確認書類の写し（コピー）』**※確認者の**運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）、パスポート等の写し****（いずれか1点）を本人確認書類等貼付用紙に添付してください。**※顔写真付きの証明書がない場合は、健康保険証、年金手帳、介護保険証等いずれか2点※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**□　『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』**※**「（２）給付金の振込先口座」で②をチェックした場合**のみ添付してください。　　　※**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**本人確認書類等貼付用紙に添付してください。** |

※ 各欄の記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備はありませんか。

（記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備がある場合、給付を受けられません。）