

【記入例】

令和5年度 住民税課税状況
<input checked="" type="checkbox"/> 均等割
<input type="checkbox"/> 非課税

1. 申請・請求者(世帯主)

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
センダイ タロウ 川内 太朗	男	昭和58年11月11日	薩摩川内市神田町3番22号 日中連絡可能な電話番号 090(1234)5678

電話番号をご記入ください。

令和5年12月1日以降に薩摩川内市に転入された方で課税状況がわからない方は、前住所地の市区町村が発行する課税証明書を添付してください。

2. 申請者が属する世帯の18歳以下(平成17年4月2日生まれ以降)の児童状況

※令和5年12月1日時点の世帯の構成員(令和5年12月2日以降に出生した新生児については、ご記入ください。)

(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	対象児童該当	生年月日	(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	対象児童該当	生年月日
(申請者)	本人		6				
センダイ ハナミ 川内 花美	妻		昭和60年12月12日				
センダイ カズオ 川内 一男	子		平成17年3月20日				
センダイ ハルノ 川内 春乃	子	<input checked="" type="checkbox"/>	平成22年6月5日				
センダイ シンタ 川内 進太	子	<input checked="" type="checkbox"/>	令和1年11月30日				

対象児童に○をしてください。

ご記入ください。

※ 別居監護している児童(保険証の写しをご添付ください。)

氏名	続柄	生年月日	住所
センダイ マナツ 川内 真夏	子	平成19年7月7日	鹿児島市〇〇町〇丁目〇番〇号

別居監護している児童がいらっしゃる場合は、ご記入ください。
併せて対象の方の保険証の写しをご添付ください。

(3) 人

150,000 円

3. 振込口座

- A 以下の金融機関口座への振込を希望
(口座確認書類や本人(代理人)確認書類の提出は不要となります。)

こちらに給付金の口座情報が印字されております。
印字されている口座で受給される方は「A」にを記入して下さい。
口座情報が印字されていない方、印字されている口座と違う口座を希望される方は
「B」にをして、裏面の口座情報をご記入ください。

- B 上記以外の口座 又は代理人の口座に振込を希望
(裏面に必要事項を記入し、口座確認書類や本人(及び代理人)確認書類の写しを必ず裏面に貼り付けて下さい。)

本申立ての内容に相違ありません。

日付の記入と申請者の氏名を必ずご記入ください。

令和 6 年 3 月 18 日

申請者氏名 川内 太朗

≪ 申請期限 令和6年5月31日(金) ≫ ※当日消印有効

裏面も必ずご確認ください

【記入例】

【表面「A」以外の口座 又は代理人の口座に振込を希望】

(以下の必要事項を記入し、口座確認書類や本人(及び代理人)確認書類の写しを必ず下面に貼り付けて下さい。)

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(フリガナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
川内 <small>1.銀行 4.信連 7.信漁連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協</small>	川内 <small>本支店 本支所 出張所</small>	①普通 2 当座	9999999	センダイ ハナミ
金融機関番号	店番号			

表面で「B」に☑をされた方は、こちらに口座情報をご記入ください。
併せて、口座情報を確認できる書類と本人確認書類の両方を貼り付けてください。

ゆうちょ
開き左上またはキャッシュカードに記載された記
号・番号をご記入下さい。

【代理受給を行う場合】 ※ 世帯主以外の代理人の口座で受給する場合は記入が必要です。

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
代理受給をされる方は、こちらをご記入ください。 併せて、代理人の口座情報を確認できる書類と本人確認書類の両方を貼り付けてください。			
上記の者を代理人と認め、価格高騰対策支援 給付金の「受給」を委任します。		世帯主氏名	署名(自筆)

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(フリガナ)が分かる部分の通帳
(見開きのページなど)のコピーやキャッシュカードの写しを貼り付けて下さい。

(表面の受取方法の「B」を選択した場合は必ず貼り付けて下さい)

本人(代理人)確認書類

※ 以下のいずれか1点のコピーを貼り付けて下さい。

マイナンバーカード・運転免許証・学生証・健康保険被保険者証・介護保険被保険者証・療育手帳・
身体障害者手帳 ほか

(表面の受取方法の「B」を選択した場合は必ず貼り付けて下さい)

★ 代理人が受給される場合は、世帯主と代理人の両方の確認書類が必要です。

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。

【誓約・同意事項】 をしてください。

- 支給要件に該当するか確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。
- 申請期限までに、申請書の提出がない場合又は特段の事情がなく市が申請者等に連絡・確認ができない場合は、当該申請が取り下げられたものとみなします。
- 本給付金を給付した後、世帯員が修正申告等により令和5年度住民税が課税になった場合は、給付金を返還していただきます。
- 給付金の支給要件を審査するため、本市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な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。

お問い合わせ

薩摩川内市 価格高騰対策支援給付金事務局 (本庁舎6階 605号室)

☎ 0996-23-5831 受付時間 平日 8:30~17:15 (土日祝を除く)