

〒
現住所

世帯主氏名

様

令和 年 月 日

薩摩川内市長 田 中 良 二

価格高騰対策住民税非課税世帯支援給付金支給要件確認書
(住民税非課税世帯：1世帯／3万円)

価格高騰対策住民税非課税世帯支援給付金について、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と見込まれますのでお知らせします。

以下の内容を確認して、令和7年7月31日(木)まで(当日消印有効)に、この確認書を返送してください。

※上記の期限までに提出がない場合、市は本給付金の支給を辞退したとみなします。

■ 世帯主の方が記入してください。

【確認欄】 以下の項目を確認し、1か2の「□」に『√』を入れてください。

本給付金を受けられる場合は、1の「□」のすべてに『√』を入れてください。

1	☐	① 他の自治体よりこの給付金を受けていません。
	☐	② 世帯の全員が、住民税が課されている親族等の扶養を受けていません。
	☐	③ 世帯の中に未申告者はいません。

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。
なお、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。

本給付金を受けない場合は、2の「□」に『√』を入れてください。その理由もご記入ください。

2	☐	私の世帯は、下記理由により給付金は受給しません。 【理由】 ア:住民税が課されている親族()の扶養 イ:その他()
---	--------------------------	--

上記記入内容に相違ありません ※必ずご記入ください。

世帯主氏名		確認日	令和 年 月 日	連絡先電話番号	
-------	--	-----	----------	---------	--

■ 受け取り方法

希望する受取方法（下記のA又はB）のチェック欄「□」に『√』を入れてください。

☐ 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。)

※この欄に口座が記載されていない場合は「B」を記入してください

※口座番号は個人情報保護のため、一部を「*」で表示しています。

☐ B 上記以外の口座 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裏面に貼り付けてください。)

金融機関名	支店名	種別	口座番号 ※右詰めでお書きください	口座名義(フリガナ) ※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	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 ※右詰めでお書きください	口座名義(フリガナ) ※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・番号をご記入ください。	1 0 ※		

※ 代理人が受給する場合は、裏面の【代理受給を行う場合】に記入してください。

【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。

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		大正・昭和・平成	
	年 月 日			
上記の者を代理人と認め、価格高騰対策住民税非課税世帯支援給付金の「受給」を委任します。			日中に連絡可能な電話番号 ()	署名
			世帯主氏名	

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ください。

(表面の受取方法の「B」を選択した場合は必ず貼付してください)

本人(及び代理人)確認書類

※ 以下のいずれか1点のコピーを貼り付けてください。

マイナンバーカード・運転免許証・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付してください)

★ 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。

【留意事項】

- 金融機関の口座がない等の理由により、口座による受取が困難な場合は、定額減税補足給付金等支給事務局(0996-23-5831)までお問い合わせください。
 - 1人世帯で、確認書の提出前に世帯主が死亡された場合は、支給対象となりません。
 - 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する場合があります。
 - 申請期限までに、確認書の提出がない場合、又は書類の不備が解消されない場合は、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6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。
- ※ 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。
- ※ 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、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たものとみなします。

お問い合わせ

薩摩川内市 定額減税補足給付金等支給事務局(本庁舎6階 606会議室)

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