

〒
現住所
世帯主氏名 様

価格高騰対策住民税非課税世帯支援給付金支給申請書（請求書）
（こども加算：1人あたり2万円）

申請日 令和 年 月 日
支給市区町村（※令和6年12月13日時点の市区町村）
薩摩川内市 長 殿



1. 申請・請求者（世帯主）

（フリガナ） 氏 名	性別	生年月日	現住所

日中連絡可能な電話番号 ()

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

※令和6年12月13日時点の世帯の構成員（令和6年12月14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）			生年月日	（フリガナ）			生年月日
	氏 名	申請者との続柄	対象児童該当		氏 名	申請者との続柄	対象児童該当	
1				6				
2				7				
3				8				
4				9				
5				10				

※ 別居監護している児童（対象の方の保険証の写しをご添付ください。）

氏 名	続柄	生年月日	住 所

()

円

3. 振込口座

こども加算の給付金については、価格高騰対策住民税非課税世帯支援給付金の口座に振込みいたします。

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】

- 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。
- 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ます。

本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日

申請者氏名

≪ 申請期限 令和7年7月31日(木) ≫ ※当日消印有効

【 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）