第1号様式（第6条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和4年度非課税世帯分

令和　年　月　日

多古町長

**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、あなたは支給対象者に該当するため、以下の通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　年　月　日（　）まで**に、この確認書を返送してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給方法 | 口座振込 |
| 支給日 | 町が確認書を受理した日から4週間以内 |
| 支給口座 |  |
| 支給額 | 100,000円 |

上記支給口座とは異なる口座への振り込みを希望する場合や、上記支給口座欄が空欄の場合には、裏面の受取口座記入欄に記入してください。（長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。）

■ 世帯主の方が以下の項目を確認し、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の者はいません。 |
| * 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。

※令和3年度分の住民税非課税世帯に対する給付の対象であるが未申請又は支給を辞退した世帯は、「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」に該当し、令和4年度分の支給対象となりません。

※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。

※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、家族に確認してください。また、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。

※上記の回答期限までに返信がない場合は、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、下欄のチェック欄（□）に×印を記入してください。

【 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****氏名** |  | **確認日** | 令和　年　月　日 | **連絡先****電話番号** |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※日中に連絡可能な電話番号

**※支給口座の変更を希望される方へ**

□ 表面の支給口座に代えて（又は支給口座欄が空欄の場合）、下記の口座への振り込みを希望します。

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　□その他（　 　）

（いずれか1つにチェックをしてください。この場合、通帳等のコピーは不要です。

ただし、受け取りを希望する口座については世帯主名義のものに限ります。）

※当町の水道料、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、この口座への振り込みを希望する場合、当該口座の確認について、生活環境課、税務課等に照会することを承諾します。

【受取口座記入欄】

※下欄に記載の上、**①に振込先金融機関口座確認書類**、**②に本人確認書類**を**添付**して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人(カナ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座 | 銀行・金庫・信組信連・農協・漁協　　　　　　　　 | 本店支店 | □ 普通□ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※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

ご記入下さい。

※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、保健福祉課(76-3185)まで

お問い合わせください。

**代理人が確認する場合は、下欄の代理確認（受給）に記入してください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 日中に連絡可能な電話番号　　　　（　　　　） |
|  |
| 上記の者を代理人と認め、臨時特別給付金の　　確認・請求　　　　　　を委任します。　　　　　　　　　　受給　　　　　　　　　←法定代理人の場合は、　　　　　　　　　　確認・請求及び受給　　　委任方法の選択は不要です。 | 世帯主氏名 | 署名（又は記名押印）　　　　　　　　　　　 |

* 代理確認・受給を行う場合

|  |
| --- |
| ①表面の支給口座以外への振り込みを希望される場合は、裏面の受取口座の確認書類を提出してください。※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コピー**振込先口座確認書類****写し貼り付け欄** |

|  |
| --- |
| ②表面の支給口座以外への振り込みを希望される場合、**本人の確認書類※**代理人が確認（受給）する場合には、**本人及び代理人の確認書類※**を提出してください。※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポート、在留カード等のコピー（いずれか1つ）**本人・代理人確認書類****写し貼り付け欄** |