

住民税均等割のみ課税世帯等支援給付金申請書(請求書)

四街道市長 様

申請締切
令和5年10月31日(火)必着

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者(世帯主)

| (フリガナ) 氏名 | 性別 | 生年月日 | 現住所 |
|--------------|-----|-------------------------|--------|
| | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | 電話 () |

2. 申請者が属する世帯の状況 ※令和5年6月1日時点の世帯の全ての構成員について記載

○「現住所が令和5年1月1日時点の住所と異なる」欄が「異なる」に該当する(☑)方は、**令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する令和5年度分住民税非課税証明書又は令和5年度分住民税課税証明書**を添付して下さい。(該当する方が複数いる場合は、該当する方全員の分)
○転入者の非課税証明書又は課税証明書の添付がない場合は、この給付金を支給することができません。

| No. | (フリガナ) 氏名 | 申請者との続柄 | 性別 | 生年月日 | 現住所が令和5年1月1日時点の住所と異なる | 令和5年度住民税均等割課税状況 |
|-----|--------------|---------|----|--------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | 異なる場合には令和5年1月1日時点の住所を記載 | |
| 1 | (申請者) | 本人 | | | <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 未申告 |
| 2 | | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 未申告 |
| 3 | | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 未申告 |
| 4 | | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 未申告 |
| 5 | | | | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる | <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 未申告 |

3. 振込口座(原則、1. の申請・請求者の口座とします。) ※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】

| 金融機関名 | 支店名 | 分類 | 口座番号 (右詰めでお書きください。) | 口座名義(カナ) |
|----------------------------------------------|-------------------|------------|------------------------|----------------------------------------|
| 1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連 | 本・支店 支所 出張所 | 1普通 2当座 | | ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。 |
| 金融機関コード | 支店コード | | | |

| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄にご記入下さい) | 通帳番号 (右詰めでご記入下さい) | 口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 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・番号をご記入下さい。 | 1 | | |

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、四街道市福祉サービス部社会福祉課給付金担当(電話043-388-8403)にお問い合わせください。

※ ※ ※ 裏面も必ずご確認ください ※ ※ ※

【誓約・同意事項】 ※全ての項目に間違いがない場合は、口にチェック(レ)してください。

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。

- ① 四街道市住民税均等割のみ課税世帯等支援給付金(以下「給付金」という。)の支給要件に該当します。
- ② 世帯の全員が、住民税所得割が課税されている他の親族等の扶養を受けていません。
- ③ 世帯の中に、住民税所得割が課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
- ④ 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、四街道市(以下「市」という。)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。
- ⑤ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ⑥ この申請書は、市において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- ⑦ 市が支給決定をした後、申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和5年10月31日までに市が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。
本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合、租税条約による免除の届出や地方税法第294条により住民税所得割が非課税となり受給していた場合等、給付金の支給後に支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。
- ⑧ 同一世帯について、「四街道市住民税非課税世帯支援給付金」を受給済みではありません。受給していた場合には、給付金を返還します。

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

提出書類

※【誓約・同意事項】のチェック漏れ、相違ありません欄の日付、氏名の記入漏れ、添付書類の不備はありませんか。
(不備がある場合、支給を受けられません。)

住民税均等割のみ課税世帯等支援給付金申請書(請求書)(本書)

※必要事項をご記入ください。

『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』

※運転免許証、健康保険証、個人番号カード、介護保険証、在留カード等の写し(コピー)をご用意ください。
※代理申請・受給を行う場合は代理人の本人確認書類の写し(コピー)も必要となります。

『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』

※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)等、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をご用意ください。

(表面の「現住所が令和5年1月1日時点の住所と異なる」欄が「異なる」に該当する方全員分)

令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する『令和5年度住民税非課税証明書』又は『令和5年度住民税課税証明書』の写し(コピー)

【代理人】(代理申請・受給を行う場合のみ記入してください)

| | | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------------|
| 代理人 | フリガナ 代理人氏名 | 申請者との 関係 | 代理人生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 | 代理人住所 日中に連絡可能な電話番号 () |
| | 上記の者を代理人と定め、 給付金の <input type="checkbox"/> 申請・受給 <input type="checkbox"/> 受給 を委任します。 ※法定代理の場合は、記載は不要です。 | | | 世帯主氏名 |

署名(又は記名押印) 印