

給付金コールセンター(通話料無料)

お客様番号

0120-362-575

受付時間 8:30～17:15

※開設期間：令和7年11月28日(金)まで
※土曜日、日曜日、祝日を除く

確認書の記入方法

右側 **B面** の赤枠内に、ご記入・押印または自筆でサインしてください。

- ① 記入日を記載してください。
- ② 押印またはサインをしてください。
必ずウラ **D面** の誓約・同意事項を確認してください。
昼間に連絡が取れる電話番号をご記入ください。
- ③ 給付内容を確認してください。
- ④ 必ず油性ボールペンで記入してください。

本様式の提出が必要な方

- 不足額給付1の受給要件に該当し、口座情報などの確認が必要な方。
- 不足額給付2の受給要件に該当し、口座情報などの確認が必要な方。
 - ・ 青色事業専従者 または 事業専従者の方(白色)
 - ・ 合計所得金額が48万円超である方

※受給要件については、同封のチラシを参照ください。

A面

キリトリ線(ミシン目で切り離す)

キリトリ線(ミシン目で切り離す)

提出用 三原市長宛

B面

定額減税補足給付金(不足額給付)
支給要件確認書

【発信日】

三原市役所 市民税課
〒723-8601 広島県三原市港町三丁目5番1号

提出期限：令和7年10月31日(金)
(当日消印有効)

① 記入日

令和 7 年 月 日

お客様番号

② 誓約・同意サイン **D面** の誓約・同意事項に誓約・同意のうえ、申請します。

氏名	印鑑またはサイン	電話番号
		— —

昼間に連絡が取れる電話番号を記入ください

③ 給付内容の確認

給付金額	円
------	---

該当者のみ 代理受給(本人以外の口座で受給等)する場合

- 代理受給が認められる方
 - ・ 法定代理人：成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人および代理権付与の審判がなされた補助人など
 - ・ 親族等：親族その他の平素から対象者の身の回りの世話をしている者等で首長が特に認める者
- 代理受給に必要な書類(下記の確認書類(4点)を一緒にご返送ください。)
 - ① 対象者の本人確認書類のコピー ② 代理受給者の本人確認書類のコピー
 - ③ 代理受給者名義の口座確認書類のコピー ④ 法定代理人の場合 ... 登記事項証明書

該当者のみ 代理受給(本人以外の口座で受給)する場合は下記に記入してください。

代理人氏名	代理人生年月日 (大) (昭) (平) 年 月 日	対象者との関係	委任者(上記②の対象者)氏名 左記の者を代理人と認め、給付金の確認・請求および受給を委任します。 (委任者の署名(フルネーム)または記名押印)
代理人住所			
電話番号 ()			