

〒 現住所 氏名

年 月 日
福島県新地町長 大堀 武

調整給付金支給確認書

令和6年の所得税（推計）及び令和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ため、以下のとおり、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、この確認書と本人確認書類等を返送して下さい。
審査の上、以下のとおり給付金を振り込みます。

支給方法	口座振込
支給日	確認書を受理した日から30日以内
支給口座	
支給額	
※空欄の場合は、裏面で振込口座を選択してください。	

(1) 調整給付金の支給額及び算出式

所得税	定額減税可能額 (3万円×(本人+扶養親族数))	令和6年分推計 所得税額	控除不足額 (①)
	<input type="text"/> 円	－ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円 (<0の場合は0)
住民税 所得割	定額減税可能額 (1万円×(本人+扶養親族数))	令和6年度分 住民税所得割額	控除不足額 (②)
	<input type="text"/> 円	－ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円 (<0の場合は0)
調整給付金	所得税分の 控除不足額 (①)	住民税所得割分の 控除不足額 (②)	控除不足額 計 (③) (①+②)
	<input type="text"/> 円	＋ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円
			↓
			調整給付金支給額 (上記③を1万円単位に切上げ)
注) 「扶養親族数」には、控除対象配偶者、16歳未満の扶養親族を含みます。			<input type="text"/> 万円

※「令和6年分推計所得税額」欄の数値は、現時点で入手可能な令和5年所得等を基にした推計額を記載しており、令和6年分所得税額が判明した際に給付金額に不足が生じた場合は、当該不足額を令和7年以降に追加給付予定です。

※令和6年中に市区町村外に転居される方又は転居された方は、本確認書が、追加給付に際して必要となることがあるため、写し(コピー)を取って大切に保管ください。

※各数値について重大な相違を認める場合には、相違のある部分に二重線を付して手書きで訂正するとともに、相違のあることが分かる関係書類（源泉徴収票、確定申告書、納税通知書、特別徴収税額通知書等）の写し（コピー）を添えて返送期限までに提出ください。

※上記の返送期限までに返信がない場合は、市区町村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、下記のチェック欄（□）にレを入れてください。

【 私は給付金を受給しません □ 】

上記記載内容に異議ありません。 ※意図的に虚偽の確認をした場合は返還を求めるほか、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

氏名	確認日	年 月 日	連絡先電話番号
----	-----	-------	---------

裏面も必ずご確認ください

(2) 給付金の振込先口座の変更等

表面上部の口座欄が空欄の場合や、別の口座への振込みを希望する場合には、以下いずれか1つのチェック欄 (□) にレを入れてください。

① 下記の現に使用している申請者名義の口座への振込を希望します。(通帳等の写しは不要)

住民税等の引落口座 児童手当等の受給口座

(希望する場合はいずれか1つをチェック)

※この口座への振込を希望する場合、当該口座の確認について税部局等に照会することを承諾します。

② 下記の口座への振込を希望します。

(通帳等の写しを2枚目の本人確認書類等貼付用紙に添付する必要があります。長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

金融機関名		支店名	分類	口座番号 ※右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
金融機関番号		1.銀行 2.金庫 3.信組 4.信連 5.農協 6.漁協 7.信漁連	本・支店 本・支所 出張所 1普通 2当座		
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 ※ 0			

(注) 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、新地町役場健康福祉課 (0244-62-2931) までお問い合わせください。

代理人が確認する場合は、下記の【代理確認・受給を行う場合】に記入してください。

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	本人との 関係	性別 男 ・ 女	代理人生年月日	代理人現住所 電話 ()
	明治・大正・昭和・平成 年 月 日				
上記の者を代理人と認め、調整給付金の			<input type="checkbox"/> 確認・請求 <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 確認・請求及び受給	を委任します。 ←法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。	署名 本人氏名

提出書類

『調整給付金 支給確認書』

※ 必要事項をご記入ください。

氏名、確認日、連絡先電話番号 (一枚目表面)

振込口座 (一枚目裏面 (一枚目表面の口座欄が空欄の場合などに記入))

『本人 (代理人) 確認書類の写し (コピー) 』

※ 確認者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード (表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し (コピー) を2枚目の本人確認書類等貼付用紙に添付してください。

『受取口座を確認できる書類の写し (コピー) 』

※ 「(2) 給付金の振込先口座の変更等」で②をチェックした場合のみ添付してください。

※ 通帳やキャッシュカードの写し (コピー) など、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の写し (コピー) を2枚目の本人確認書類等貼付用紙に添付してください。

『源泉徴収票や確定申告書、納税通知書、特別徴収税額通知書などの写し (コピー) 』

※ 表面記載の各数値について重大な相違を認める場合のみ、給付額算出に必要な税額や扶養親族数が見える上記書類の写し (コピー) をご用意ください。

※ 各欄の記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備はありませんか。

本人確認書類等貼付用紙

本人（代理人）確認書類

※運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）、年金手帳、介護保険証、
パスポート等の写し（コピー）（いずれか1つ）

※代理による場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付

振込先金融機関口座確認書類

（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写し）

一枚目表面上部に記載の口座以外の口座で、「（2）給付金の振込先口座の変更等」の
②に記入した口座への振込を希望される場合は、記入した振込を希望する口座の確認書類を提出して下さい。

※ 一枚目表面上部に記載の口座、①現に使用している口座への振込を希望される場合は不要