

様式第2号(第9条関係)

**令和6年度足寄町物価高騰対応重点支援給付金
(住民税非課税等世帯^(※)及び子ども加算)申請書(請求書)**

(※住民税非課税等世帯とは、「住民税非課税世帯」及び「均等割のみ課税世帯」をいいます。)

支給市町村(※令和6年6月3日時点の市町村)
足寄 町長様

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)

記入日 令和6年 月 日

(フ リ ガ ナ)	性別	生年月日	現住所	
			日中に連絡可能な電話番号	()

2. 申請者が属する世帯の状況 ※令和6年6月3日時点の世帯の全ての構成員について記載

- 令和6年1月1日時点の住所が、現住所と異なる方は、令和6年1月1日時点でお住まいの市町村が発行する住民税課税証明書等を添付してください。(該当する方全員) **※住民税課税証明書等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。**
- 給付要件を満たす世帯において18歳以下(平成18年4月2日生まれ以降)の児童を扶養している場合、給付金額が加算されます。
該当する場合は、対象児童の「加算対象児童該当」欄の「該当」に「レ」を記入してください。

	(フ リ ガ ナ)	申請者との続柄	生年月日	住所	住民税課税状況		加算対象児童該当 <input checked="" type="checkbox"/>
					R5年度	R6年度	
1	(申請者)	本人		R5.1.1時点住所 R6.1.1時点住所	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	18歳以下 <input type="checkbox"/> 該当
2				R5.1.1時点住所 R6.1.1時点住所	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	18歳以下 <input type="checkbox"/> 該当
3				R5.1.1時点住所 R6.1.1時点住所	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	18歳以下 <input type="checkbox"/> 該当
4				R5.1.1時点住所 R6.1.1時点住所	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	18歳以下 <input type="checkbox"/> 該当
5				R5.1.1時点住所 R6.1.1時点住所	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	18歳以下 <input type="checkbox"/> 該当

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ください。

※下欄に必要事項を記入し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

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 本・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) (※欄にご記入ください)	通帳番号 (右詰めでご記入ください。)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください。
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き 左上又はキャッシュカードに記載された記号・番号をご 記入ください。		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できない方は、福祉課(電話25-2216)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】※全ての項目を確認し、□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。

- 令和6年度物価高騰対応重点支援給付金(住民税非課税等世帯及び子ども加算)(以下「給付金」という。)の支給要件に該当します。
- ア 世帯の全員が、令和6年度分の住民税所得割が課されていません。
- イ 住民税が課税されている者の扶養親族等のみで構成されている世帯ではありません。
- (注)住民税における取扱いとして、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。
- ウ 世帯の中に、租税条約による免除の適用を届け出している者はいません。
- ① エ 世帯の中に、他市町村で足寄町物価高騰対応重点支援給付金(住民税非課税等世帯及び子ども加算)と同様の目的で給付を受けた者はいません。
- オ 世帯の中に、令和5年度足寄町物価高騰対応重点支援給付金(非課税世帯7万円・均等割のみ課税世帯10万円)の支給対象者(未申請・受給辞退者を含む)となった者はいません。
- カ 子ども加算の対象とする児童が児童福祉法(昭和22年法律第164号)等に定める措置を受けた者ではありません。
- キ 子ども加算の対象とする扶養児童が別世帯の場合にあっては、当該児童が属する世帯に支給対象者となる世帯主がいません。
- ② 世帯の中に、住民税の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。
- ③ 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、足寄町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。
- ④ 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。
- ⑤ この申請書は、足寄町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。
- ⑥ 足寄町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6年11月8日までに、足寄町が申請・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。
- ⑦ 給付金の支給後、修正申告等により令和6年度住民税所得割が課税された等の支給要件に該当しなくなった場合や、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には、給付金を返還します。

提出書類

- 令和6年度足寄町物価高騰対応重点支援給付金(住民税非課税等世帯及び子ども加算)
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)』
※申請・請求者の運転免許証、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
写しをご用意ください。
- 『受取口座を確認できる書類(写し)』
※通帳やキャッシュカードの写しなど、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をご
用意ください。
※受取口座にゆうちょ銀行を選択し、貯金通帳をお持ちの方は、通帳の見開き部分の写しの添付にご協力ください。

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

本申立ての内容に相違ありません。

年　月　日　　申請者氏名

【代理申請・請求・受給を行う場合】

代理 人	フリガナ	申請者との 関係	代理人生年月日 大正・昭和・平成 年　月　日	代理人住所 日中に連絡可能な電話番号　(　　)
	代理人氏名			
上記の者を代理人と認め、本給付金の □申請 □請求 □受給を委任します。 ※委任する項目の□にチェック(✓)してください。			委任者(世帯主) 氏名	署名(又は記名押印) 印