

# 記入例

令和7年2月20日

宮城県亙理郡山元町浅生原字作田山32

山元太郎様

山元町長

## 令和6年度山元町住民税非課税世帯に対する給付金給付要件確認書

山元町住民税非課税世帯に対する給付金給付要件確認書に基づき、給付対象者に該当するため、以下のとおり、給付予定額を以下の内容を確認して、令和7年3月31日までに、この確認

【確認】

以前、給付金を受給された際の振込口座を記載しています。

給付方法 口座振込

給付口座 山元銀行 坂元支店 普通 1234\*\*\* ヤマト 知

給付額 50,000円

※子ども加算金は、令和6年度最初の3月31日現在、世帯に1人につき2万円が加算されます。

【確認】

給付額は1世帯につき30,000円です。  
ただし、18歳以下の児童がいる場合は、1人につき、20,000円が加算されます。

### ■世帯主の方が記入して下さい。

確認欄（以下の項目を確認し、確認後にチェック欄（）に



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である者がいません。

※①及び②の両方にチェックがある場合に限り、給付対象者に該当（いずれか1つでもチェックがない場合、給付対象者に該当せず）  
※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、  
※確認内容が誤っている場合は、給付金の返還を求められる場合があります。  
住民税の取扱いとして、扶養を受けているか分からない場合は、  
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  
※上記の回答期限までに返信がない場合及び返送した確認書と不  
行われない場合は、給付金の給付を辞退したとみなします。  
※本給付金を受給しない場合は、右欄にレを入れてください。

【記入】

確認欄それぞれの項目を確認の上、  
チェックをするとともに、氏名、確認日、  
連絡先の記入をお願いします。

※口座情報に変更が無ければ、記入箇所は  
以上です。添付書類も必要ありません。

上記記入内容に相違ありません。

|       |      |     |           |         |              |
|-------|------|-----|-----------|---------|--------------|
| 世帯主氏名 | 山元太郎 | 確認日 | 令和7年2月28日 | 連絡先電話番号 | 090-123-4567 |
|-------|------|-----|-----------|---------|--------------|

記載された口座を既に解約しているなどの理由で上記口座とは異なる口座への振込を希望する場合や、上記口座欄が空欄の場合には、以下のいずれか1つのチェック欄（）にレを入れて下さい。

上記口座に代えて（又は上記の口座欄が空欄の場合）



① 世帯主（申請者）名義の公金受取口座への振込

※ マイナポータル等から公金受取口座を登録していること



② 下記の口座への振込を希望します。（通帳等の写しを添付してください）

【受取口座記入欄】

| 金融機関名  | 支店名                           |
|--|-------------------------------|
| 1 銀行 4 信連 7 信漁連<br>2 金庫 5 農協<br>3 信組 6 漁協                | 本・支店<br>本・支所<br>出張所           |
| 金融機関番号   | 店番号                           |
| ゆうちょ銀行   | 通帳記号<br>(6桁目がある場合は※欄にご記入下さい。) |
| 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 ※                         |

【必要に応じて記入】

上記、口座番号欄の口座以外に振り込みを希望される方、または空欄の方は、①、②どちらかにチェックをしてください。

① マイナポータル登録口座に振込

② それ以外の口座に振込（口座の記入と、通帳の写しの添付が必要となります）

(注) 金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受取が出来ない方は、保健福祉課 (0223-37-1113)までお問い合わせ下さい。

代理人が確認する場合は、裏面の「代理確認・受給を行う場合」に記入して下さい。

【代理確認・受給を行う場合】

|                                       |       |             |                   |       |
|---------------------------------------|-------|-------------|-------------------|-------|
| 代理人                                   | フリガナ  | 申請者との<br>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<br>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、<br>給付金の ( 確認・請求 ) を委任します |       |             | 署名                |       |

【必要に応じて書類の添付】

表面の上記口座以外の振込を希望される方で、②にチェックをされた方のみ  
口座情報がわかるものの写しを添付してください。

振込先金融機関口座確認書類

(受取口座の金融機関名、口座番号及び口座名義人(カナ)が分かる通帳や、キャッシュカードの写し)

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  
てください。

【必要に応じて書類の添付】

表面の上記口座以外の振込を希望される方で、②にチェックをされた方、または  
代理人が確認する場合のみ。

本人、または本人と代理人本人が確認できる書類の写しを添付してください。

本人（代理人）確認書類

※ マイナンバーカード(表面)、運転免許証、パスポート、健康保険の資格確認書(健康保険証)、  
年金手帳、介護保険証等の写し (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

②に記入した口座への振込を希望される場合  
又は 代理人が確認(受給)する場合には、  
提出してください。

マイナンバーカードがあれば、マイナポータルから簡単に公金  
受取口座を登録いただけます。登録は給付金の支給要件ではあ



【出す前に最終確認】

※各欄の記入漏れ、チェック漏れ、提出書類の不備はないか、確認をお願いします。

(記入漏れ、チェック漏れ、提出書類の不備があった場合、給付金を受けられません)

※令和7年3月31日(月)必着でお願いします。

(提出期限を過ぎると給付金を受けることができません)

※書類が到着してから順次審査を行い、振込を行っていきます。振込は、提出してから、  
3週間前後となる予定です。

※お問い合わせ先：山元町役場保健福祉課福祉班 TEL:0223-37-1113