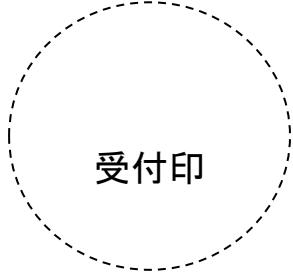


**岩手町物価高騰対応重点支援給付金(住民税均等割のみ課税世帯分)申請書(請求書)**  
(申請を必要とする世帯の場合)

岩手町長 殿

世帯主を申請者として  
ください(印字されている  
内容で合っていればそ  
のまま)。



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
イワテ タロウ 岩手 太郎	男	明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日	岩手町大字五日市10-44 電話 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

**2. 申請者が属する世帯**

申請者が属する世帯の方全員を記入してください(印字されている内容で合っていればそのまま)。  
 令和5年12月1日時点の世帯の全員の世帯員を記入してください(印字されている内容で合っていればそのまま)。  
 令和5年1月1日時点のお住まいの市区町村は、令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村の添付がない場合は、この給付金を申請することができません。  
 令和5年1月1日時点の世帯員が4月2日以降生まれの場合は、当該項目に「レ」を記入してください。  
 日中に連絡のつきやすい連絡先をご記入ください。  
 該当する項目にチェックを入れてください。

No.	(フリガナ) 氏名	性別 申請者との続柄 生年月日	現住所と令和5年1月1日時点の住所 異なる場合には令和5年1月1日時点の住所を記載	令和5年度住民税均等割課税状況		加算対象児童該当 ※18歳以下の児童のみ記載
				課税 非課税 未申告	課税 非課税 未申告	
1	(申請者)	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 該当
2	イワテ マチコ 岩手 町子	妻 昭和 〇 年 〇 月 〇	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 該当
3	イワテ ハナコ 岩手 花子	子 平成 〇 年 〇 月 〇	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
4	イワテ ハナ 岩手 華	子 令和 〇 年 〇 月 〇	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input checked="" type="checkbox"/> 該当
5			<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	<input type="checkbox"/> 該当

**3. 振込口座(原則、1口座)**

※下欄に記載し、振込先金融機関の口座を記入してください。 ※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

【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) ※通帳の表記に合わせてください
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 支店コード	1普通		
ゆうちょ銀行	店番 (3桁の数字をご記入ください)	目	(右詰めでご記入ください)	※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、貯金通帳の見開き下部に記載された【店番】【預金種目】【口座番号】をご記入ください。				

口座情報を記載し、必ず口座確認書類(通帳の口座番号と口座名義人が分かるページのコピーなど)と本人(代理人)確認書類を添付してください。

※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、岩手町役場健康福祉課(0195-62-2111 内線512.514)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、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 物価高騰対応重点支援給付金(住民税均等割のみ課税世帯分)(以下「給付金」という。)の支給要件(※)に該当します。  
※ 給付金(住民税均等割のみ課税世帯分)の支給対象となるためには、以下の要件を全て満たす必要があります。  
ア 世帯の全員が、令和5年度住民税均等割のみ課税者、または均等割のみ課税者と住民税非課税者である。  
イ 住民税均等割が課税されている者の扶養親族等のみで構成される世帯ではない。  
ウ すでに他自治体で10万円の給付を受けた世帯ではない。
- 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はいません。
- ③ 既に物価高騰対応重点支援給付金の支給を受けた世帯ではありません。
- ④ 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村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、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。
- ⑦ 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5月31日までに町が申請・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。
- ⑧ 給付金の支給後、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や給付金の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。

**提出書類**

- 物価高騰対応重点支援給付金(住民税均等割のみ課税世帯分)申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯の場合)(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)』  
※ 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(コピー)をご用意ください。
- 『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)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)をご用意ください。
- (「現住所と令和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年度住民税課税証明書』の写し(コピー)

※【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。

令和 6 年 ○ 月 ○ 日 申請者氏名 岩手 太郎

本給付金は、「世帯の全員が令和5年度住民税均等割のみ課税者」、または「均等割のみ課税者と住民税非課税者のみで構成された」世帯(住民税均等割が課税されている者の扶養親族等のみで構成される世帯を除く)が対象となる給付金で、1世帯に10万円、その世帯に18歳以下の子ども(平成17年4月2日以降に生まれた子)がいる場合は、子ども1人あたり5万円が加算され給付されます。

例:上記の世帯に子どもが2人いる場合、世帯への給付金10万円 + 子ども加算(5万円×2人)=20万円となります。

**令和6年5月31日までにこの申請書を返送してください。  
期限を過ぎての提出は、受付できませんのでご注意ください。**

**本書を直接役場に持参提出する場合**

受付時間 月曜～金曜(祝日を除く) 9:00～12:00、13:00～16:00

受付場所 役場1階 健康福祉課6番窓口

問い合わせ先 役場健康福祉課福祉支援係 電話 62-2111内線512、514