様式第１号（第６条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ＜住所＞ | |  | 発行日 令和　年　月　日 |
| ＜氏名＞ | |  |  |
| ＜受付 No.＞ |  |  | 能登町長 |
|  |  |

**能登町住民税所得割非課税世帯等緊急支援給付金支給要件確認書**

　能登町住民税所得割非課税世帯等緊急支援給付金について、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、以下のとおりお知らせいたします。

　以下の内容を確認して、**令和６年１１月３０日（土）まで**に、この確認書を返送して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 支給方法　　口座振込  支 給 日　　確認書を受理した日からか３週間前後 | |
| 支給口座　　　　　　裏面の【受取口座記入欄】にご記入ください | |
| 支 給 額　　00000000000 円　（①世帯給付＋②こども加算の合計額を記入してください）   1. 世帯給付：100,000円＋②こども加算　00000000000　円） | |
|  | **4000006217　400136415　-** |

■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✓を入れてください）

|  |
| --- |
| * 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はいません。 |

※**①～②にチェックがある場合に限り**、支給対象者に該当し、給付金が受け取れます。

（いずれか１つでもチェックがない場合、支給対象者に該当せず、給付金を受け取れません。）

※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、支給対象となりません。

※確認内容が誤っている場合は給付金の返還を求める場合があります。

住民税の取扱いとして、扶養を受けているか分からないときは、両親や子ども等、家族に確認してください。また、意図的に虚偽の確認をした場合は不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

■こども加算確認欄　（H18.4.2 ～ R6.11.30までに生まれた児童が給付対象となります）

該当する場合は③・④のチェック欄（□）に✓を入れ、児童の情報を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ ③下記に記載した児童を扶養しています　（R6.6.3時点で能登町に住所がある児童） | | | | | |
| 氏名 | 生年月日 | 氏名 | | 生年月日 | |
| １． |  | ４． | |  | |
| ２． |  | ５． | |  | |
| ３． |  | ６． | |  | |
| □ ④上記以外に扶養している児童がいます　（R6.6.3時点で町外に住所がある児童） | | | | | |
| 氏名 | 住所 | | 生年月日 | | 続柄 |
| １． |  | |  | |  |
| ２． |  | |  | |  |

※R6.6.4～R6.11.30までに生まれた児童は現住所に応じて③か④に記入してください。

※③～④に✓がある場合、こども一人あたり５万円の加算給付金が受け取れます。

裏面にも記入箇所があります。必ずご確認ください。

※回答期限（R6.11.30）までに返信がない場合は、本給付金の受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、下記チェック欄（□）に✓を記入ください。

**【　私の世帯は給付金を受給しません　　□　】**

■本確認書の記入内容に相違ありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世帯主**  **氏名** |  | **確認日** | **令和** |  | **年** |  | **月** |  | **日** | **電話番号** |  |

※電話番号は可能な限り、日中連絡の取れる携帯番号の記入をお願いします。

■下記の口座への振込を希望します。**（通帳と本人確認書類の写しが必要）**

【受取口座記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **金融機関名** | | | | | **支店名** | | | | **分類**  1普通 | **口座番号**  ※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 |
| 2.金庫5.農協  1.銀行4.信連7.信漁連 | | | | | 3.信組6.漁協  本・支所 | | | | 出張所  本・支店 | 2当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関番号 |  |  |  |  | 店番号 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ゆうちょ銀行** | **通帳記号**  ご記入下さい | | | | | | 6桁目がある場合は※欄に | **通帳番号** | | | | | | | | **口座名義（カナ）**  ※通帳の表記に合わせて下さい  ※右詰めでご記入下さい |
|  |
| 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。  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 | 1 |  |  |  | 0 | ※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（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け取りが出来ない方は、能登町役場健康福祉課（電話0768-62-8515）までお問い合わせください。

**※代理人が確認・受給を行う場合は記入してください。**

【代理確認・受給を行う場合】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | 申請者との関係 | 代理人生年月日 | 代理人住所 | |
| 代理人氏名  代 理 人 |
|  |  |  | 日中に連絡可能な電話番号　　　（　　） | |
|  | 年　 月　 日 |
| 確認・請求及び受給　　　　　委任方法の選択は不要です。  受給　　　　　　　　　　　←法定代理の場合は、  低所得世帯支援給付金の　　　確認・請求　　　　　　　　を委任します。  署名  明治・大正・昭和・平成  上記の者を代理人と認め、 | | | | 世帯主氏名 |  |

* + 振込先金融機関口座確認書類

**添付が必要です**

* + 本人（代理人）確認書類

**【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**

**（通帳の場合は、表紙をめくった見開きページの写しが必要）**

**【本人（代理人）確認書類】　※代理による場合は、本人及び代理人ともに必要。**

**マイナンバーカード、運転免許証、在留カードなど、顔写真があるものはいずれか1つ**

**（健康保険証、介護保険証、年金証書、診察券など顔写真がない場合は、２つ必要）**