

〒
住所

記 載 例

〇〇 〇〇 様

大郷町長 石川 良彦
(公印省略)

調整給付金（不足額給付分）（※） 支給確認書

※ 調整給付金（不足額給付分）とは、令和6年に支給した調整給付金（当初給付分）の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額（令和6年分推計所得税額）を用いて算定したことにより、結果として支給額に不足が生じた方などに対し、不足する額を支給するものです。

令和6年の所得税（実績額等）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7年10月17日（金）までに、この確認書と本人確認書類等を返送してください。**

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	確認書を受領した日から1月以内
支給口座	
支給額	万円

※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（不足額給付分）の支給額及び算出式

令和7年の所要額							
令和6年分 所得税分の 控除不足額（①）		令和6年度分 住民税所得割分の 控除不足額（②）		控除不足額計（③） （①＋②）		令和7年の所要額（④） （③を1万円単位に切上げ）	
	円	円	＝	円	→	万円	
支給額	令和7年の 所要額（④）	調整給付金（当初給付分） 支給額（令和6年）		調整給付金（不足額給付分） 支給額			
	万円	万円	＝	万円			

※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 など）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 □ 】

【誓約事項・確認事項】 ※該当する方のみ

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。

□ 令和5年所得が少額で、令和6年度分個人住民税所得割額が生じる水準ではありません。

※上記は令和5年所得について未申告の方のみ、該当する場合にチェック（レ）してください。

□ 令和6年度に「新たに非課税（または均等割のみ課税）となった世帯への給付」を受給後に、令和6年度分個人住民税所得割額の修正（非課税→課税）がありました。

※調整給付金（不足額給付分）の支給対象とならない場合があります。

□ 添付している資料以外に収入を証する書類はありません。

上記記載内容に異議ありません。

氏名	大郷 太郎	確認日	令和 7 年 1 0 月 3 日	連絡先電話番号	022-359-5505
----	-------	-----	------------------	---------	--------------

裏面も必ずご確認ください

氏名、確認日（投函日）、電話番号を記載

(2) **どれか1つに✓を記入**

表面に印の付いた欄のいずれか1つに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✓を入れてください。

- ☐ ① マイナポータル等で登録済みの申請者名義の公金受取口座への振込を希望します。
(通帳等の写しは不要)
※マイナポータル等から公金受取口座を登録している必要があります。
- ☐ ② 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 ☐ 水道料引落口座 ☐ 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担当課に照会することを承諾します。
- ☐ ③ 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)

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
銀行		支店	普通		
農協		店番号	当座		
金融機関番号					

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		

③を選んだ方は振込先情報を記入し、通帳の写しを添付
(金融機関、支店、口座番号、口座名義人が記載されているもの)

代理人	代理人氏名	関係	性別	代理人生年月日	代理人現住所
			男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()

上記の者を代理人と認め、調整給付金(不足額給付分)の 確認・請求 受給 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。	本人氏名	署名
--	--	------	----

確認し✓を記入

提出書類

- ☐ 『調整給付金(不足額給付分) 支給確認書』(本書類)
※ 必ず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③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数値がわかる上記書類の写し(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。
(記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備がある場合、給付を受けられません。)