

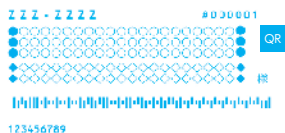
差额补助金支付确认书的填写方法

- 请用黑色圆珠笔等清晰正确地填写粗线边框内的相关项目。
- 不能使用可以擦掉的钢笔或铅笔。
- 请勿剪掉左右两边，完整提交。

由代理人领取时，请在“代理人”一栏中填写。

请填写希望收款的账户信息。

※ 希望使用非本人名下账户领取时，必须填写上述“代理人”一栏。



事務局
検印用

令和 7 年 00 月 00 日

福岡市長

お問い合わせID: 0000

パスワード: 000000

お問い合わせID/パスワードは必ずメモをお控えください。
・お問い合わせID/パスワードは、お問い合わせ及び進捗状況を確認する際必要となります。
・事務処理に必要ですので、切り取らないでください。

不足額給付支給確認書

物価高騰による家計の負担を軽減するため、令和6年度に定額減税(所得税から3万円、住民税所得割から1万円)が実施されました。また、令和5年の所得を基に計算し、減税しきれないと見込まれた方には調整給付金を支給しました。令和6年分の所得税および定額減税額の確定後に再計算を行い、支給額に不足が生じた方などに不足額給付金を支給します。

**【提出期限】※消印有効
令和7年10月31日(金)**

以下の内容を確認して、この確認書と本人確認書類等を提出して下さい。
審査の上、下記のとおり給付金を振り込みます。
※上記の期限までに提出がない場合は、本給付金の支給を辞退したとみなします。

(1) 不足額給付支給額及び算出式

本来給付すべき額				
令和6年度住民税所得割分の 控除不足額(①)	000,000 円	+	令和6年分所得税分の 控除不足額(②)	000,000 円
		=	控除不足額(③) (①+②)	000,000 円
		→	給付すべき額(④) (左記3年1万円単位に切り上げ)	000,000 円
※「控除不足額」とは、定額減税しきれなかった額を指します。				
支給額				
給付すべき額(④)	000,000 円	-	令和6年度に 調整給付として支給した額	000,000 円
		=	不足額給付支給額	000,000 円

※上記内容について金額に相違がある方は、お問い合わせ先へご連絡ください。

お問い合わせ先 福岡市不足額給付金コールセンター TEL: 0120-835-250

FAX: 050-3527-0212
Eメール: fuskugakukufu@fukuoka-fuc.com

受付時間: 平日午前9時～午後6時
(土・日・祝日休み)

事務局
検印用

切り取らずにご提出ください。

(2) 法定代理人が受給する場合は、下記に記入してください。

※代理での受給可能なのは法定代理人(成年後見人など)のみです。法定代理人ではない親族等は受給できません。
ご家族等が代理を行う際は、代理人とはなりませんので、本人名義の口座を記入してください。

フリガナ 代理人氏名 福岡 △△	代理人生年月日 明治・大正・昭和・平成 0 年 00 月 00 日	代理人現住所 福岡市○○区○○○丁目○○ 電話番号 000-000-0000
------------------------	---	--

(3) 給付金の受取口座情報

給付金の受け取りを希望する口座情報を記入してください(代理人が受給する場合は、代理人の口座情報)。
通帳等の写し(コピー)を裏面に貼付してください。長期間使っていない口座を記入しないでください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義(カタカナ)
1. 銀行 下巻紙 2. 信用金庫 6. 通帳 3. 信用 7. 通帳 4. 信用	1. 支店 本支所 2. 支所 出所	1 普通	0 0 0 0 0 0 0 0	福岡 △△

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	口座名義(カタカナ)
ゆうちょ銀行を選択された場合は、 貯金通帳の記号を記入してください。 貯金通帳の記号を記入しなかった場合は、 記号を記入してください。	6桁目がある場合は ※欄にご記入ください	※右詰めでご記入下さい	※通帳の表記に合わせて下さい
1	0		

(注)金融機関の口座がない方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、お問い合わせ先へご連絡ください。

(4) 本人確認欄

下記【誓約・同意事項】について確認し、誓約・同意します。
氏名(受給者本人の氏名)、確認日(記入日)、電話番号を記入してください。

氏名	自署または記名押印 福岡 ○○	確認日	令和 7 年 00 月 00 日	電話番号	日中に連絡可能な電話番号 000-000-0000
----	--------------------	-----	------------------	------	------------------------------

【誓約・同意事項】

記載内容に異議ありません。
意図的に虚偽の確認をした場合は返還を求められ、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

提出書類

- ☒ 不足額給付支給確認書(本書類) ※必要事項をご記入ください。
- ☐ 受取口座 ☐ 氏名、確認日、電話番号
- ☒ 本人(代理人)確認書類の写し(コピー)
※確認者の氏名・住所・生年月日を確認できる有効期限内の書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、介護保険証等)いずれか1点の写し(コピー)
※代理人による場合は、本人及び代理人の本人確認書類が必要です
- ☒ 受取口座を確認できる書類の写し(コピー)
受取口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し(コピー)
- ☒ 法定代理人が代理人として受給する場合
戸籍謄本、登記事項証明書、裁判所が決定した旨が確認できる書類いずれか1点の写し(コピー)を同封してください。
※3か月以内に発行されたものに限り

※記入漏れや添付書類が不鮮明な場合、提出書類の不備となります。
※提出書類の不備がある場合、お問い合わせさせていただきます。

请填写本人的姓名、确认日期、
电话号码。

请确认提交资料没有不齐全，
然后打勾。