

부족액 급부 지급 확인서 기입 방법

- 굵은 선 테두리 안의 해당 항목을 검은색 볼펜 등으로 명확하고 정확하게 기입해 주십시오.
- 지울 수 있는 타입의 펜이나 연필은 사용할 수 없습니다.
- 좌우를 잘라내지 말고 제출해 주십시오.

대리인이 수급하는 경우는 ‘대리인’란에 기입해 주십시오.

수령 받으실 계좌 정보를 기입해 주십시오.

※본인 명의가 아닌 계좌로 수령을 원하는 경우는 위
‘대리인’란에 기입을 하셔야 합니다.

ZZZ-ZZZZ
#030001
QR

事務局
検証用

令和7年00月00日
福岡市長

お問い合わせID:
パスワード:

123456789

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に必要となります。
- ・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)	+	令和6年分所得税分の 控除不足額 (②)	=	控除不足額 (③) (①+②)
000,000 円		000,000 円		000,000 円
				➡
				給付すべき額 (④) (平成30年1万円単位に切り上げ)
				000,000 円
※「控除不足額」とは、定額減税しなかった額を指します。				

※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: 0120-815-250

(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。

代理人	フリガナ 代理人氏名	代理人生年月日	代理人現住所
	フクオカ △△ 自署または記名押印	明治大正昭和平成 0 年 00 月 00 日	福岡市〇〇区〇〇〇丁目〇〇 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ください。

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(カタカナ) ※情報の表記に合わせて下さい
〇〇〇	1.銀行・展覧 2.支那・満洲 3.支那7.信託 4.信託	1 普通	0 0 0 0 0 0 0 0	フクオカ 〇〇〇
金融機関	店番号			
0 0 0 0	0 0 0			

ゆうちょ銀行	通帳記号 ※目目がある場合は ※欄に記入してください	通帳番号 ※右端のみをご記入下さい	口座名義(カタカナ) ※通帳の表紙に合わせて下さい
ゆうちょ銀行を選択された場合は、 貯金通帳の表紙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		

(注)金庫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
----	--------------------	-----	------------------	------	------------------------------

【振込 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。

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**
 戸籍簿、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カ月以内に発行されたものに限る

※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くことがあります。

FAX: 050-3527-0212
E-mail: fusokugakukyuufu@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
検証用

본인 성명, 확인일, 전화번호를
기입해 주십시오.

제출 서류에 누락이나 오류가 없는지 확인하고
☒ 표시를 해 주십시오.