

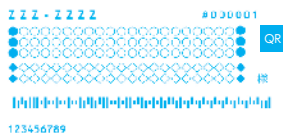
अपुग रकम भुक्तानीको वितरण पुष्टि पत्र भर्ने तरिका

- कालो बलपेन आदिले मोटो रेखा भित्रको सम्बन्धित विषयहरू स्पष्ट र सही रूपमा लेख्नुहोस्।
- मेटाउन सकिने प्रकारको पेन वा सिसा कलम प्रयोग गर्न सकिनेछैन।
- बायाँ र दायाँ छेउ नकाटीकन पेस गर्नुहोस्।

प्रतिनिधिले प्राप्त गर्ने खण्डमा "प्रतिनिधि" को स्तम्भमा लेख्नुहोस्।

रकम प्राप्त गर्न चाहने खाताको जानकारी लेख्नुहोस्।

* सम्बन्धित व्यक्ति बाहेकको नामको खातामा प्राप्त गर्न चाहने खण्डमा माथिको "प्रतिनिधि" स्तम्भमा लेख्नु पर्नेछ।



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)	給付すべき額(④) (左記3年1万円単位に切り上げ)
000,000 円	000,000 円	000,000 円	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)	令和6年度に 調整給付として支給した額	不足額給付支給額	
000,000 円	000,000 円	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: fuskugakukyufu@fukuoka-fuc.com

受付時間: 平日午前9時～午後6時
(土・日・祝日休業)

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	代理人生年月日	代理人現住所
フクオカ	福岡 △△	明治・大正・昭和・平成 0 年 00 月 00 日	福岡市〇〇区〇〇〇丁〇〇〇
自署または記名押印	福岡 △△		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)
〇〇〇	〇〇〇	1 普通 2 定期 3 活期 4 他	0 0 0 0 0 0 0 0	フクオカ 〇〇〇
金融機関	支店番号	口座番号	口座名義	口座名義
0 0 0 0	0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0	フクオカ	〇〇〇

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。キャッシュカードに記された記号・通帳番号を記入してください。	1 〇	〇	〇
金融機関	通帳記号	通帳番号	口座名義
1 〇	〇	〇	〇

(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	確認日	電話番号	日中に連絡可能な電話番号
自署または記名押印 福岡 〇〇	令和 7 年 00 月 00 日	000-000-0000	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くことがあります。

सम्बन्धित व्यक्तिको नाम, पुष्टि मिति र
फोन नम्बर लेख्नुहोस्।

पेस गरिएका कागजातहरूमा त्रुटि नभएको कुरा
निश्चय गरी ☒ लगाउनुहोस्।