

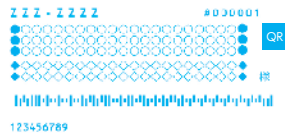
Cách điền Giấy xác nhận thanh toán trợ cấp cho khoản còn thiếu

- Điền rõ ràng, chính xác bằng bút bi mực đen, v.v... vào các mục cần thiết trong ô kẻ đậm.
- Không dùng bút bi loại xóa được hoặc bút chì.
- Không cắt riêng trái phải, để nguyên nẹp.

Trường hợp người nhận tiền trợ cấp là người đại diện, vui lòng điền vào ô "Người đại diện".

Điền thông tin tài khoản muốn được chuyển tiền vào.

*Trường hợp muốn nhận bằng tài khoản không phải của người được nhận trợ cấp, cần phải điền vào ô "Người đại diện" ở trên.



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)	000,000	円	+	令和6年分所得税分の 控除不足額(②)
				000,000
			=	控除不足額(③) (①+②)
				000,000
				給付すべき額(④) (左記3年1万円単位に切り上げ)
				000,000
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
			=	不足額給付支給額
				000,000

※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

(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○○
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)
1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合 4. 協同組合	1. 支店 2. 本支所 3. 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 定期 4. 預金	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。キャッシュカードに記された記号・番号を記入してください。	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	000-000-0000	日中に連絡可能な電話番号
----	--------------------	-----	------------------	------	--------------	--------------

【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ると、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カ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。

FAX: 050-3527-0212
Eメール: fusokugakukyufu@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

Điền họ tên, ngày xác nhận, số điện thoại của người nhận trợ cấp.

Vui lòng kiểm tra lại xem giấy tờ cần nộp đã đầy đủ chưa và đánh dấu ☑.