

① Fill in the date of your application and your municipality.

② The head of the household should fill in their own name, their telephone number and date of birth, and apply their personal seal.

③ Confirm the beneficiaries and the total amount to be received.

④ Fill in the account to receive the payment.

JAPAN POST BANK

提出用

特別定額給付金申請書

① 申請日 令和 年 月 日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村
三郷市 市長殿

② 世帯主（申請・受給者）
（フリガナ）氏名 現住所 生年月日
ミサト タロウ 埼玉県三郷市花和田648-1
MISATO TARO (印) 日中に連絡可能な電話番号 048 (953) 1111

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。また、他の市区町村に居住地の確認をさせていただくことがあります。
- ③ 市区町村が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請受付開始日から3ヶ月後の申請期限までに、市区町村が、世帯主（申請・受給者）又はその代理人に連絡・確認できない場合には、市区町村は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- ④ 他の市区町村で特別定額給付金を受給した場合には、返還をしていただきます。
- ⑤ 住民基本台帳に登録されている者の属する世帯の世帯主以外の世帯員が、一定の事由により、特別定額給付金を受給していることが判明した場合には、返還をしていただきます。
- ⑥ 受取口座の確認について、税務局等に照会を行うことがあります。

○ 給付対象者（下記の記載内容を御確認ください。記載の誤りがあれば、朱書きで訂正してください。また、支給を希望しない方は、右のチェック欄（□）に×印を御記入ください。）

| | 氏名 | 生年月日 | 給付金の受給を希望されない方はチェック欄（□）に×印を御記入ください。 |
|---|---------------|-----------|-------------------------------------|
| 1 | MISATO TARO | 昭和55年1月1日 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | MISATO HANAKO | 昭和57年2月2日 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | MISATO ICHIRO | 平成20年3月3日 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> |

○ 受取口座
【受取口座記入欄】（長期間入出金のない口座を記入しないでください。）
※確認書類と振込先口座は、裏面に貼付してください。
（ゆうちょ銀行以外の金融機関またはゆうちょ銀行のどこかへ支店に記入してください。）

| 金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く) | 支店名 | 分類 | 口座番号 (右詰めでお書きください。) | (フリガナ) 口座名義 |
|---|---------------------------------|------------------------|------------------------|----------------|
| 1. 銀行 2. 金庫 3. 信組 4. 信連 5. 農協 6. 漁協 7. 信漁連 | 本・支店 本・支所 出張所 | 1. 普通 2. 当座 | | |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄に御記入ください。) | 通帳番号 (右詰めでお書きください。) | | (フリガナ) 口座名義 |
| ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 | 1 0 ※ | | 1 | |

※受取口座の記載誤りがないが再度御確認ください。
記載誤りがありますと、給付が遅れることがあります。
※金融機関の口座をお持ちでない方は、コールセンターにご連絡ください。
※代理人が申請する場合は、裏面の代理申請（受給）に御記載ください。

5 Only to be filled out when making the application on behalf of someone else.

【代理申請(受給)を行う場合】

| | | | | |
|--|--------|---------|------------------------------------|-------------------------|
| 代理人 | (フリガナ) | 申請者との関係 | 代理人生年月日 | 代理人住所 |
| | 代理人氏名 | | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 | 日中に連絡可能な電話番号 () |
| 上記の者を代理人と認め、特別定額給付金の申請・請求受給 申請・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。 | 署名(又は記名押印) 世帯主氏名 |

6 Attach a copy of identity verification documents.

申請者本人確認書類
写し貼り付け

- ・運転免許証のコピー
- ・マイナンバーカードのコピー
- ・健康保険証のコピー
- ・年金手帳のコピー 等

※ 代理申請(受給)を行う場合は、代理人の本人確認の写しも添付してください。

7 Attach a copy of documents to verify the payment transfer account.

振込先金融機関口座確認書類
写し貼付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー
または
キャッシュカードのコピー 等

8 Complete the checklist.

チェックリスト
(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ① 御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ② 特に、御記入いただいた通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することを御確認ください。
- ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。