

<特別定額給付金の申請は、本申請書の郵送のほか、マイナポータル上でのオンライン申請も可能です>

特別定額給付金申請書

〒

| | |
|-----------------------|----------|
| 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 | |
| 福岡県田川郡川崎町長 殿 | |



様

- 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 川崎町が、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、川崎町が、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、 川崎町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 住民基本台帳に記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。

○ 世帯主（申請・受給者） 00000000123 00000000456

| | | |
|-------------|------|------------------|
| (フリガナ) 氏名 | 生年月日 | 現住所 |
| ※署名（又は記名押印） | | 日中に連絡可能な電話番号 () |

○ 給付対象者（下記の記載内容をご確認ください。記載に誤りがある場合は朱書きで訂正してください）

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 特別定額給付金を |
|------|----|------|--|
| 1 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 2 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 3 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 4 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 5 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 6 | | | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |
| 合計金額 | | 円 | いずれかに「レ」の記入がない場合は「希望する」として取り扱います。 |

○ 受取方法（必要事項をご記入ください。）

指定の金融機関口座（世帯主（申請・受給者）又はその代理人の口座に限ります。）

【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。）

※通帳番号の記載誤りがないか再度ご確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

| | | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|------------------------|-------------|
| 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 | 支店コード | 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、貯金通帳の裏書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。 | | ※ | | |

その他

【代理申請（受給）を行う場合】

| | | | | |
|---|--------------|---------|----------------------|------------------|
| 代理人 | (フリガナ) 代理人氏名 | 申請者との関係 | 代理人生年月日 | 代理人住所 |
| | | | 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。 | | | 世帯主氏名 | ※署名（又は記名押印） |

申請者本人確認書類

写し貼り付け

いずれかの書類を添付してください

- ・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。

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け

いずれかの書類を添付してください

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