

川崎町独自の給付金(1人に1万円給付します)

川崎町がんばろう生活給付金 申請書

新型コロナウイルス感染症防止対策に対する、町民の皆様の出費の増加・収入の減少等の支援策として川崎町独自の支援金を給付いたします。

必ず同封している国の「特別定額給付金申請書」と一緒に郵送して下さい。

~~~~~

|        |                         |
|--------|-------------------------|
| 申請日    | 令和      年      月      日 |
| 川崎町長 殿 |                         |



### ○ 世帯主(申請・受給者)

|                    |                    |       |
|--------------------|--------------------|-------|
| (フリガナ)             | 現 住 所              | 生年月日  |
| 氏 名                |                    |       |
|                    | 電話番号 (      )      | 明治・大正 |
| ⑩                  |                    | 昭和・平成 |
|                    |                    | 年 月 日 |
| 世 帯 人 数            | 世帯の合計額             |       |
| (特別定額給付金申請書に記載の人数) | × 10,000円 =      円 |       |

下記の事項に同意の上、「川崎町がんばろう生活給付金」を申請します。

- ① 国の特別定額給付金の申請者(世帯主)、またはその代理人以外は申請できません。
- ② 受給資格および申請期限は、国の特別定額給付金に準じます。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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、町は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- ⑥ 給付の辞退はできませんので、どうしても辞退されたい方は一旦受給後、お手数ですが町への寄付等で返還をお願いいたします。

### ○ 給付対象者 及び 受け取り方法

別紙 国の「特別定額給付金申請書」のとおり(国の特別定額給付金と一緒に振り込みます)

※ マイナポータル上で特別定額給付金のオンライン申請をされた方は、こちらの申請書のみをご提出ください。特別定額給付金の申請書は同封の必要はありません。

【代理申請(受給)を行う場合】国の特別定額給付金申請書で代理申請した場合は、こちらに記入して下さい

|                                                   |        |         |         |               |
|---------------------------------------------------|--------|---------|---------|---------------|
| 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   | 電話番号 (      ) |
| 上記の者を代理人と認め、川崎町がんばろう生活給付金の申請・請求受給申請・請求及び受給を委任します。 |        |         | 世帯主氏名   | 署名または記名押印     |
|                                                   |        |         |         | ⑩             |