

記入例

919-1192
福井県三方郡美浜町郷市
第25号25番地

令和 年 月 日

美浜 太郎 様

美浜町長 戸嶋 秀樹



999999999

調整給付金（不足額給付分）支給確認書

令和6年の所得税（実績額等）及び令和6年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため、以下のとおり、支給予定額をお知らせします。

以下の内容を確認して、**令和7年10月31日（金）までに、この確認書と本人確認書類等を返送してください。**

審査の上、以下のとおり給付金を振り込みます。

支給方法 口座振込
支給日 確認書を受領した日から1カ月以内
支給口座
支給額 1万円

※支給口座欄が空欄の場合は、裏面で振込口座を選択してください。

（1）調整給付金（不足額給付分）の支給額及び算出式

令和7年の所要額	令和6年分 所得税分の 控除不足額 (①)	令和6年度分 住民税所得割分の 控除不足額 (②)	控除不足額計 (③) (①+②)
	5,900 円	0 円	5,900 円
	注) 「控除不足額」とは、定額減税しきれない額を指します。		令和7年の所要額 (④) (上記③を1万円単位に切上げ)
			1 万円
支給額	令和7年の 所要額 (④)	調整給付金（当初給付分） 支給額（令和6年）	調整給付金（不足額給付分） 支給額
	1 万円	0 万円	1 万円
	注) 調整給付金（当初給付分）の受給辞退があった 場合等は、「支給所要額」を記載しています。		

※各数値について重大な相違を認める場合には、相違のある部分に二重線を付して手書きで訂正するとともに、相違のあることが分かる関係書類（源泉徴収票、確定申告書など）の写し（コピー）を添えて返送期限までに提出ください。

※上記の返送期限までに返信がない場合は、町は本給付金の支給を辞退したとみなします。

※本給付金を受給しない場合は、下記のチェック欄（□）にレを入れてください。

【 私は給付金を受給しません □ 】

【誓約事項・確認事項】※該当する方のみ
意図的に虚偽の確認をした場合は返還を求めるほか、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

☐ 令和5年所得が少額で、令和6年度分個人住民税所得割額が生じる水準ではありません。
※上記は令和5年所得について未申告の方のみ、該当する場合にチェック（レ）してください。

☐ 令和6年度に「新たに非課税（または均等割のみ課税）となった世帯への給付」を受給後に、令和6年度分個人住民税所得割額の修正（非課税→課税）がありました。
※調整給付金（不足額給付分）の支給対象とならない場合があります。

☐ 添付している資料以外に収入を証する書類はありません。

上記記載内容に異議ありません。 ※必ずご記入ください

氏名 美浜 太郎 確認日 令和 7 年 9 月 1 日 連絡先電話番号 090-1111-1111

裏面も必ずご確認ください

(2) 給付金の振込先口座の変更等

表面上部の口座欄が空欄の場合や、別の口座への振込みを希望 する場合には、以下いずれか1つのチェック欄 (□) にレを入れてください。

- ☒ ①マイナポータル等で登録済みの申請者名義の公金受取口座 への振込を希望します。
(通帳等の写しは不要)
※マイナポータル等から公金受取口座を登録している必要があります。
- ☐ ②下記の現に使用している申請者名義の口座 への振込を希望します。(通帳等の写しは不要)
☐ 水道料引落口座 ☐ 住民税等の引落口座 ☐ 児童手当等の受給口座
(希望する場合はいずれか1つをチェック)
※この口座への振込を希望する場合、当該口座の確認について税部局等に照会することを承諾します。
- ☐ ③下記の口座への振込を希望します。
(通帳等の写しを2枚目の本人確認書類等貼付用紙に添付する必要があります。長期間入出金の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 ※右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
金融機関番号	1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁協 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座		
		店番号			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄にお書き下さい)	通帳番号 ※右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
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・番号をご記入下さい。	1 0 ※		

(注) 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、美浜町役場税務課 (0770-32-6702) までお問い合わせください。

代理人が確認する場合は、下記の【代理確認・受給を行う場合】に記入してください。

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	本人との 関係	性別	代理人生年月日	代理人現住所
				男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日

上記の者を代理人と認め、調整給付金(不足額給付分)の
(確認・請求 受給 確認・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。

本人氏名 署名

提出書類

- ☐ 『調整給付金(不足額給付分) 支給確認書』(本書類)
※ 必要事項をご記入ください。
☐ 氏名、確認日、連絡先電話番号(一枚目表面)
☐ 振込口座(一枚目裏面(一枚目表面の口座欄が空欄の場合などに記入))
- ☐ 『本人(代理人) 確認書類の写し(コピー)』
※ 確認者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)のいずれか1つを2枚目の本人確認書類等貼付用紙に添付してください。
- ☐ 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』
※ 「(2) 給付金の振込先口座の変更等」で③をチェックした場合のみ添付してください。
※ 通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)を2枚目の本人確認書類等貼付用紙に添付してください。
- ☐ 『源泉徴収票や確定申告書などの写し(コピー)』
※ 表面記載の各数値について重大な相違を認める場合のみ、給付額算出に必要な数値がわかる上記書類の写し(コピー)をご用意ください。

※記入漏れ、本人確認書類等の添付忘れがないかご確認ください。

※ 各欄の記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備はありませんか。
(記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備がある場合、給付を受けられません。)