

確認書の記載例

(黒のペンまたはボールペンで記入してください)

表面

[illegible]

調整給付金（不足額給付分）支給確認書

調整給付金（不足額給付金）とは、令和6年に支給した調整給付金（当初給付分）の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額（令和6年分推計所得税額）を用いて算定したことにより、結果として支給額に不足が生じた方などに対し、不足額を支給するものです。

以下の内容を確認して、

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX(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、支給予定額を振込希望口座に振り込みます。

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

①

支給額 99,999万円

① 確認をお願いします

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) 999,999,999,999 円	令和6年度分 住民税所得割分の 控除不足額 (②) 999,999,999,999 円	控除不足額計 (③) (①+②) 999,999,999,998 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1万円単位に切り上げ) 99,999,999 万円		
支給額	令和7年の 所要額 (④) 9,999 万円	令和6年度当初調整 給付金算定額 (⑤) 9,999 万円	調整給付金 (不足額給付分) 支給額 9,999 万円

※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、納税通知書、特別徴収税額通知書等）の写しを添えて返送期限までに提出ください。

②

【誓約事項・確認事項】

② 誓約・確認をお願いします

- 令和6年度に「新たに非課税（または均等割のみ課税）」となった世帯に、令和5年度個人住民税所得割額が修正され課税世帯となった場合、本給付金の支給対象外となることがあります。
- 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。
- 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。

上記記載内容については、確認し異議ありません。

③

氏名		確認日	年 月 日	連絡先	必ず監禁連絡のつく電話番号をご記入ください
----	--	-----	-------	-----	-----------------------

裏面も必ずご確認ください

③ 必ず記入をお願いします



確認書の記載例 (黒のペンまたはボールペンで記入してください)

裏面

口座への口座振り込みを希望します。

【受取口座記入欄】

④ 記入をお願いします

④

金融機関名	支店名	分類	口座番号 ※右詰めでご記入ください	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください
1. 銀行 4. 信連 7. 信連連 2. 金庫 5. 農協 3. 信組 6. 漁協	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
金融機関番号	店番号			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄にご記入ください)	通帳番号 ※右詰めでご記入ください	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください
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・番号をご記入ください。	1 0 ※		

添付書類

⑤

本人（代理人）確認書類

⑤ 必ず添付してください

本人確認ができる書類の写し（いずれか一つ）

※運転免許証、マイナンバーカード（顔写真のある面）、健康保険証、パスポート等（有効期限内のもの）

代理人が内容確認または、給付金を受給（代理人口座への振込）する場合は、申請者本人確認書類と合わせて代理人の本人確認書類も提出してください。

振込先金融機関口座確認書類

受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が確認できる書類の写し

※表紙を開いた見開きのページ部分やキャッシュカード

【代理確認・受給を行う場合】

⑥

代理人	(フリガナ)	本人との関係	代理人生年月日	代理人現住所
	代理人氏名			
			年 月 日	電話

上記の者を代理人と認め、調整給付金の	☐ 確認・請求 ☐ 受給 ☐ 確認・請求及び受給	を委任します。 ※法定代理人の場合は、委任方法の選択は不要です。	本人氏名	署名
--------------------	---	-------------------------------------	------	----

【提出書類の確認】

- ☐ 『調整給付金（不足額給付金）支給確認書』（この書類）必要事項をご記入ください。
- ☐ 『本人（代理人）確認書類』
- ☐ 『振込先金融機関 口座確認書類』

【お問合せ先】

安芸高田市福祉保健部社会福祉課 給付金担当（コールセンター）

電話：0826-42

詳しくは、安

⑥ 【該当者のみ記載】

本人の申請が困難で、代理申請を行う場合は必ずこの欄をご記入のうえ、代理人本人の確認書類の写しも添付してください。

代筆のみの場合は記入は不要です。