

| 入力 | 確認 |
|----|----|
|    |    |

下記口座への口座振り込みを希望します。

【受取口座記入欄】

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

  

| ゆうちょ銀行                                                            | 通帳記号<br>(6桁目がある場合は、<br>※欄にご記入ください) | 通帳番号<br>※右詰めでご記入ください | 口座名義(カナ)<br>※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<br>左上またはキャッシュカードに記載された記号・<br>番号をご記入ください。 | ※<br>1      0                      |                      |                             |

添付書類

本人（代理人）確認書類

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】

| 代理人                    | (フリガナ) | 本人との<br>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、<br>調整給付金の |        |            |         | 確認・請求<br>受給<br>確認・請求及び受給 | を委任します。<br>一法定代理人の場合は、<br>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（不足額給付分）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：0826-42-2129 （受付時間）平日9：00～17：00

詳しくは、安芸高田市のホームページをご確認ください