

長与町低所得世帯支援給付金申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯)

長与町長 様

受付印

2ページ目の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者(世帯主)

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	長与町 電話 ( )

2. 申請者が属する世帯の状況 ※令和5年12月1日時点の世帯全ての構成員について記載

	(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	性別	生年月日	令和5年1月1日 時点の住所	異なる場合には令和5 年1月1日時点の住所	令和5年度 住民税 課税状況
	□現住所と同一 □異なる						
1	(申請者)	本人			□現住所と同一 □異なる		<input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
2				明・大・昭・平・令 年 月 日	□現住所と同一 □異なる		<input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
3				明・大・昭・平・令 年 月 日	□現住所と同一 □異なる		<input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
4				明・大・昭・平・令 年 月 日	□現住所と同一 □異なる		<input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
5				明・大・昭・平・令 年 月 日	□現住所と同一 □異なる		<input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告

3. 振込口座(原則、1. の申請・請求者名義の口座)※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(カナ) ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
銀行 農協 金庫 漁協 信組 信漁連 信連	本・支店 出張所	普通		

※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、長与町役場福祉課(電話095—801—5771)にお問い合わせください。

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、にチェック(レ)してください。

以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

長与町低所得世帯支援給付金(以下「給付金」という。)の支給要件(※)に該当します。

① ※ 給付金の支給対象となるためには、以下の要件を全て満たす必要があります。

ア 世帯全員が、令和5年度住民税非課税又は均等割のみ課税である。

イ 世帯全員が、令和5年12月1日時点で長与町に住民票がある。

ウ 世帯全員が令和5年度住民税所得割が課されている他の親族等の扶養を受けている世帯ではない。

(注)住民税における取扱いとして、扶養を受けているか分からないときは、両親や子ども等、家族に確認してください。

エ 世帯の中に、租税条約による免除の適用を届け出ている者はいない。

オ 世帯の中に、住民税所得割課税となる所得があるのに未申告である者はいない。

カ 令和5年4月以降に他市町村において、給付金と同様の支給は受けていない。

② 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。

③ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

④ この申請書は、町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。

⑤ 町が支給決定をした後、申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和6年2月29日までに、町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。

⑥ 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

添付書類

『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』

※申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面のみ・通知カード不可)、年金手帳、介護保険被保険者証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。健康保険証の写しを貼付し、又は同封する場合は、被保険者等記号・番号等が判別できないようにマスキングしてください。

『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』

※通帳やキャッシュカードなど、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)をご用意ください。

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_