

住民税均等割のみ課税世帯に対する臨時特別給付金支給申請書(請求書)
(子ども加算のみ申請の場合)

支給市区町村(※令和5年12月1日時点の市区町村)
平群町長 殿



全ての内容に同意の上、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	電話 ()

2. 申請者(世帯主)と児童の状況

	(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	性別	個人番号	現住所と令和5年1月1日時点の住所が異なる	
	生年月日			異なる場合には令和5年1月1日時点の住所を記載		
1	(申請者)	本人			<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	
2				明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	
3				明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	
4				明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	
5				明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	

提出書類

住民税均等割のみ課税世帯に対する臨時特別給付金支給申請書(請求書)
(子ども加算のみ申請の場合)(本書)

※必要事項をご記入ください。

『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)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。

『児童の本人確認書類の写し(コピー)』

※児童全員の健康保険証、子ども医療受給者証、母子手帳、出生証明書、マイナンバーカード(表面)等の写し(コピー)をご用意ください。

※添付書類の不備はありませんか。(添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

※本給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、平群町は必要な住民基本台帳情報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・提供することがあります。

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

※平群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、平群町が定めた期日までに、平群町が申請・請求者に連絡・確認できない場合は、本給付金の支給を辞退したものとみなします。

※本給付金の支給後、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本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、本給付金を返還していただきます。

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