

年 月 日

様

善通寺市長

定額減税補足給付金（不足額給付）支給要件確認書

本給付金は、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、当該不足する額を支給するものです。

※調整給付金（当初給付分）とは、令和6年度に実施した所得税・個人住民税所得割の定額減税を十分に受けられなかった（＝定額減税可能額が、令和6年分の推計所得税額又は令和6年度分の個人住民税所得割額を上回った）方に対し、当該上回る額の合算額を基礎として1万円単位で切り上げて算定した額を支給したものです。

令和6年の所得税（実績額等）及び令和6年度の個人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。

※令和6年1月2日以降に善通寺市へ転入された方で、転入前自治体等への照会などにより、調整給付金（当初給付分）の算定状況等を確認できた方については、その状況を反映しています。

以下の内容を確認して、令和7年10月31日までにこの確認書を返送して下さい。なお、支給予定日は、確認書を受領した日から約3週間後となります。

■本給付金の支給額及び算出式

令和7年の 所要額	令和6年分の所得税分の 控除不足額(①)	令和6年度の住民 税所得割分の控除 不足額(②)	控除不足額(③) (①+②)
	<input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 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 (上記③を1万円単位に切上げ)
			<input type="text"/> 円
支給額	令和7年の所要額	調整給付金(当初給付分) 支給所要額(令和6年分)	調整給付金(不足額給付 分)支給額
	<input type="text"/> 円	- <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円
	※受給辞退等があった場合は所要額を記載しています。		

※上記の返送期限までに返信がない場合及び返送した確認書に不備があり善通寺市が定める期限までに必要な修正が行われない場合、善通寺市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、右欄に✓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】**

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。

上記記載内容に異議ありません。

氏名 (署名)		確認日	年 月 日	日中連絡可能な 電話番号	
------------	--	-----	-------	-----------------	--

(注) 金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、善通寺市税務課定額減税補足給付金支給対策室(0877-63-7931)までお問い合わせください。

(必ず裏面も確認してください。)

(裏面)

下欄に受取口座(原則本人名義)を記入の上、振込先金融機関口座確認書類・本人確認書類を添付して下さい。

(受取口座記入欄)

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

  

ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	口座名義(カナ)
	(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	右詰めでお書きください。	※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、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカード下に記載された記号・番号をお書きください。			

※ 必ず下部に振込先金融機関口座確認書類及び本人確認書類の写しを添付して下さい。

代理人が確認する場合は、以下に記入して下さい。

(代理確認・受給を行う場合)

代 理 人	(フリガナ) 代理人氏名	支給対象者 との関係	代理人生年月日	代理人住所
	-----		明治・大正・昭和・平成	
			年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ( )
上記の者を代理人と認め、 本給付金の(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。	署名 ----- 支給対象者 氏名

### 振込先金融機関口座確認書類

(原則本人名義)

上部の【受取口座記入欄】に受取希望口座を記入し、口座の確認書類を貼付して下さい。

受取口座の金融機関名称、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し等

### 本人(代理人)確認書類

下記の①②をご確認のうえ、必要な本人確認書類を貼付して下さい。

- ① 上部【受取口座記入欄】のみを記入した場合：支給対象者の本人確認書類
- ② ①に加えて上部【代理確認・受給を行う場合】も記入した場合：支給対象者及び代理人の本人確認書類

※マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポート、年金手帳、介護保険証などの写し

(いずれか1つ)

※ 代理申請(受給)を行う場合は、代理人の本人確認の写しも添付して下さい。