

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可能性があります。

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、確認書を受理した日から約3週間後となります。

【本様式で確認が必要な方】

●令和6年分所得税額及び令和6年度分個人住民税所得割額がいずれも0円の方、かつ、令和6年分の非課税世帯（又は均等割のみ世帯）向け給付を、世帯主又は世帯員として受給していない方であって、

- ・青色事業専従者 又は 事業専従者の方
- ・合計所得金額が48万円超である方

※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。

【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。
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。
☐ 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。
① 下記の支給要件に該当する場合、原則として4万円（※）が支給されます。市区町村における確認の結果、支給要件に該当しなかった場合には調整給付金（不足額給付分）は支給されません。
※令和6年1月1日時点で国外居住者であった場合には3万円
【支給要件】 以下のいずれかの条件を満たすこと
・ 令和6年分所得税に係る合計所得金額及び令和6年度個人住民税に係る合計所得金額が48万円を超える者のうち、定額減税及び調整給付金（当初給付分）の支給対象とならず、また、令和5年度、令和6年度に実施された低所得世帯向け給付を受給しなかった
・ 地方税法第32条第3項及び第313条第3項の規定による青色事業専従者又は同法第32条第4項及び第313条第4項の規定による事業専従者で、定額減税及び調整給付金（当初給付分）の対象とならず、また、令和5年度、令和6年度に実施された低所得世帯向け給付を受給しなかった
② 調整給付金（不足額給付分）の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村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。

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 右詰めでお書きください。						口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせてください	
	1. 銀行 2. 金庫 3. 信組	4. 信連 5. 農協 6. 漁協	7. 信漁連	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 右詰めでお書きください。						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、 <u>貯金通帳</u> の見開き左上またはキャッシュカードに記載 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ください。
代理人が確認する場合は、以下に記入してください。

(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。			支給対象者 氏名	署名 -----	

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ください。

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ください。

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ください。