

第3号様式（第6条関係）

年 月 日

善通寺市長 様

定額減税補足給付金（不足額給付）支給確認書送付先変更届

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。

- ※ 本様式は、住所地とは別の場所への確認書の送付を希望する方などが使用するものです。第1号及び第2号様式（確認書）が届いた場合は、本様式を使用せず、確認書に記入・返送してください。
- ※ 本様式を提出いただいた場合、善通寺市において給付要件に該当するか審査の上で、記入いただいた現住所に確認書を送付します。給付金の受給には、確認書の提出が必要です。

変更後の送付先

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 年 月 日	電話 ()

（代理人が変更届を提出する場合）

代理人	フリガナ 代理人氏名	本人との 関係	性別	生年月日	代理人現住所
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()
上記の者を代理人と認め、 調整給付金支給確認書送付先変更届の提出を委任します。				支給対象者 氏名	署名

本申立ての内容に相違ありません。

年 月 日 提出者氏名

本人（代理人）確認書類

- ※ 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）（いずれか1つ）
- ※ 代理による場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付