

善通寺市長 様

1 私は、下欄の事項に誓約・同意の上、「定額減税補足給付金（不足額給付）」の支給を希望する口座情報を、ここに届け出ます。

年 月 日

申出者住所

申出者氏名

申出者連絡先 ()

- ※ 振込先金融機関口座確認書類を添付してください（下欄を確認してください）。

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	4. 信連	7. 信漁連	本・支店		1 普通 2 当座					
2. 金庫	5. 農協		本・支所 出張所							
3. 信組	6. 信協									
金融機関番号					店番号					

※ 長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

(誓約・同意事項) (チェック欄 (□) に「✓」を入れてください。)

□	市が支給決定をした後、届出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7年10月31日までに、市が届出者に連絡・確認できない場合に調整給付金が支給されないことに同意します。
---	---

※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）

(受取口座の金融機関名、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)