

## 川越町価格高騰対策低所得世帯支援給付金 申請書（請求書）

支給市町村（令和 5 年 6 月 1 日時点の市町村）
川越町長 様

2 ページ目の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

### 1. 申請・請求者（世帯主）

(フリガナ)	生年月日	現住所
氏名	明・大・昭・平・令	
	年 月 日	電話 ( )

### 2. 申請者が属する世帯の状況 ※令和 5 年 6 月 1 日時点での世帯の全ての構成員について記載

	(フリガナ)	申請者 との 続柄	生年月日	現住所と 令和 5 年 1 月 1 日 時点の住所が異なる	異なる場合には令和 5 年 1 月 1 日 時点の住所を記載	令和 5 年度 住民税均等割課税状況
	氏名					
1	(申請者)	本人	明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告
2			明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告
3			明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告
4			明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告
5			明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告

### 3. 振込口座（原則、1.の申請・請求者名義の口座）※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

※下記欄に記載し、振込先金融機関口座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 ※右詰めでご記入下さい	口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせてご記入下さい
1.銀行 4.信連 7.信漁連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.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	通帳番号 ※右詰めでご記入下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてご記入下さい
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に記載された記号・番号をご記入下さい	1 0 ※		

※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、川越町役場福祉課（059-366-7116）までお問い合わせください。

裏面も必ずご確認下さい。また、代理人が申請する場合は、代理確認（受給）に記入してください。

【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。

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 川越町価格高騰対策低所得世帯支援給付金（以下「当該給付金」という。）の支給要件（※）に該当します。  
※ 当該給付金の支給対象となるためには、以下の要件を全て満たす必要があります。  
ア 世帯の全員が、令和5年度住民税非課税である。  
イ 世帯の中に条例による免除の適用を届け出ている者はいない。
- ② 世帯の中に、住民税課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
- ③ 既に当該給付金の支給を受けた世帯ではありません。
- ④ 当該給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、町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。
- ⑤ 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。
- ⑥ この申請書は、町において支給決定をした後は、当該給付金の請求書として取り扱います。
- ⑦ 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、令和5年9月29日までに、町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、当該給付金が支給されないことに同意します。
- ⑧ 当該給付金の支給後、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当該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、当該給付金を返還します。

提出書類

川越町価格高騰対策低所得世帯支援給付金申請書（請求書）

『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、マイナンバーカード（表面）、パスポート等の写し（コピー）いずれか1つをご用意ください。

『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』

※通帳やキャッシュカードの写し（コピー）など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し（コピー）をご用意ください。

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。（チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。）

本申立ての内容に相違ありません。

年 月 日

申請者氏名（署名）

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	フリガナ 代理人氏名	申請者 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
上記の者を代理人と認め、 給付金の（申請・請求 受給 申請・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。			申請者氏名	署名