

特別定額給付金申請書

整理番号

DL版

申請日	令和 年 月 日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村	
川谷	市長殿

再発行

市区町村
受付印

○ 世帯主(申請・受給者)

(フリガナ)	現住所	生年月日
氏名		
署名(又は記名押印)		
印	日中に連絡可能な電話番号 ()	

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。また、他の市区町村に居住地の確認をさせていただくことがあります。
- 川谷市が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請受付開始日から3ヶ月後の申請期限までに、川谷市が、世帯主(申請・受給者)又はその代理人に連絡・確認できない場合には、川谷市は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- 他の市区町村で特別定額給付金を受給した場合には、返還をしていただきます。
- 住民基本台帳に記録されている者の属する世帯の世帯主以外の世帯員が、一定の事由により、特別定額給付金を受給していることが判明した場合には、返還をしていただきます。

○ 給付対象者(下記の記載内容をご確認ください。もし記載に誤りがあれば、朱書きで訂正してください。)

※いずれかの(口)にレ点をご記入ください。記入がない場合は、「希望」として取り扱います。

氏名	続柄	生年月日	※特別定額給付金を	氏名	続柄	生年月日	※特別定額給付金を
1			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	7			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
2			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	8			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
3			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	9			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
4			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	10			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
5			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	11			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
6			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	12			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
合計金額		円					

○ 受取方法 (希望する受取方法(下記のA又はB)のチェック欄(口)に『レ』を入れて、必要事項をご記入ください。)

- A 指定の金融機関口座(世帯主(申請・受給者)又はその代理人の口座に限ります。)への振込を希望
- この口座が川谷市の児童手当等の受給、住民税等、水道料の引落しに現に使用している口座であって、世帯主(申請・受給者)の名義である場合(この場合は通帳やキャッシュカードのコピーを添付する必要はありません。)
- また、当該口座の確認について、子育て推進課、税務課、水道課等に照会を行うことを承諾します。
- (希望する口座) 児童手当等の受給口座 住民税等の引落口座 水道料引落口座

【受取口座記入欄】(長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

※通帳番号の記載誤りがないか再度ご確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
	支店コード			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、 ※欄に御記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
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・番号をお書きください。	1 ※	0	

B 窓口での現金給付を希望(金融機関の口座がない方や金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方が対象となります。)

※給付の準備ができましたら市役所からお知らせしますが、お時間をいただきます。

代理人が申請する場合は、裏面の代理申請(受給)にご記入ください。

(申請書裏面)

【代理申請(受給)を行う場合】

基準日(令和2年4月27日)における世帯構成員、法定代理人や親族その他普段から受給対象者本人の身の回りの世話をしており、市が特に認める方につきましては、代理で申請することができます。
以下の全ての欄をご記入いただき、代理人の本人確認書類や本人と代理人との関係を説明する書類等を必ず郵送してください。

代理人	(フリガナ)	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名			
			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、特別定額給付金の		申請・請求 受給 申請・請求及び受給	を委任します。 ← 法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。	署名(又は記名押印) 世帯主氏名
		※いずれかを丸で囲んでください。		印

申請者本人確認書類

写し貼り付け

- ・運転免許証のコピー
- ・マイナンバーカードのコピー
- ・健康保険証のコピー
- ・年金手帳のコピー 等

※ 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。

振込先金融機関口座確認書類

写し貼り付け

- ・通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー または キャッシュカードのコピー等

チェックリスト

(以下の項目について必ずご確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ① ご記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度ご確認ください。
- ② 特に、ご記入いただいた通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することをご確認ください。
- ③ 添付資料に漏れがないかご確認ください。

【市処理欄】 ※申請時には記入しないでください。

1	2	3	4	5	6	7	8

記入例

特別定額給付金申請書

整理番号

DL版

申請日 令和2年5月29日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村
刈谷市長殿

ご記入いただいた日をお書きください。

世帯主の氏名、住所、電話番号、生年月日をご記入ください。

世帯主(申請・受給者)

(フリガナ)	現住所	生年月日
氏名 カリヤ タロウ	刈谷市東陽町〇丁目〇番地	
署名(又は記名押印)		S60.10.1
(印) 日中に連絡可能な電話番号 ()		

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等でご記入いただいた住所と異なる住所に転居されている場合は、転居後の住所を記載してください。
- ② 公簿等で確認できない場合は、ご記入ください。また、他の市区町村に転居されている場合は、転居後の住所を記載してください。
- ③ 刈谷市が、下記に記載された住所と異なる住所に転居されている場合は、転居後の住所を記載してください。また、他の市区町村に転居されている場合は、転居後の住所を記載してください。
- ④ 他の市区町村で住民登録されている場合は、転居後の住所を記載してください。
- ⑤ 住民基本台帳に住所が記載されていない場合は、転居後の住所を記載してください。

署名又は記名押印を必ずお願いします。

市から連絡を取る可能性があるため、日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。

住民登録されている世帯構成員(世帯主を含む)の氏名、続柄、生年月日をご記入ください。

いずれかのチェック欄(□)にし点をご記入ください。記入がない場合は、「希望」として取り扱います。

給付対象者

※いずれかのチェック欄(□)にし点をご記入ください。記入がない場合は、「希望」として取り扱います。

氏名	続柄	生年月日	※特別定額給付金を希望する	氏名	続柄	生年月日	※特別定額給付金を希望する
1 刈谷 太郎	世帯主	S60.10.1	<input checked="" type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	7			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
2 刈谷 花子	妻	H2.4.1	<input checked="" type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	8			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
3 刈谷 直子	子	R1.12.31	<input checked="" type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	9			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
4			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要	10			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
5			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
6			<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要				<input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 不要
合計金額		300,000					

給付対象者×100,000円の金額を記載してください。

受取方法(希望する受取方法(下記のA又はB)のチェック欄(□)にし点を入れて、必要事項をご記入ください。)

- A 指定の金融機関口座(この口座に振込がされる。その代理人の口座に限ります。)への振込を希望する。また、当該口座の確認に必要事項をご記入ください。
- B 窓口での現金給付を希望(金融機関の口座がない方や金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方が対象となります。)

口座の情報は必ずご記入ください。

こちらにチェックした際も、下の口座の情報は必ずご記入ください。

希望する口座) □ 児童手当(希望する口座) □ 児童手当(希望する口座) □ 児童手当(希望する口座)

機関名(ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類
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
	支店コード	

口座をお持ちでない方は、こちらのチェック欄(□)にし点をご記入の上、郵送してください。

かいこくじん
For Foreigners (外国人のみなさまへ)

てがみ いみ ひと
この手紙の意味がわからない人は、ここにアクセスしてください。

英語(English)
ポルトガル語(Portuguese)
中国語(中文)
タガログ語(Tagalog)
ベトナム語(Vietnamese)

せつめい
での説明があります。

<https://www.city.kariya.lg.jp/shisei/kohokariya/covid19info/teigakukyuhu/foreignresidents/index.html>



窓口での現金給付を希望(金融機関の口座がない方や金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方が対象となります。)
※給付の準備ができましたら市役所からお知らせしますが、お時間をいただきます。

代理人が申請する場合は、裏面の代理申請(受給)にご記入ください。