

様式第1号（第6条関係）

大野市低所得世帯への物価高騰くらし応援給付金（均等割のみ課税世帯分及びこども加算分）確認書

大野市長 様

私は、以下の内容について確認のうえ届け出ます。

給付金受給希望の有無

| 給付金名 | 受給希望の有無 該当するものに○ |
|--|------------------|
| 大野市低所得世帯への物価高騰くらし 応援給付金（均等割のみ課税世帯分） | 希望する ・ 希望しない |
| 大野市低所得世帯への物価高騰くらし 応援給付金（こども加算分） | 希望する ・ 希望しない |

受給額

| 給付金名 | 受給単価 | 児童数※ | 受給額 |
|--|---------|------|------|
| 大野市低所得世帯への物価高騰くらし 応援給付金（均等割のみ課税世帯分） | 10万円／世帯 | — | 10万円 |
| 大野市低所得世帯への物価高騰くらし 応援給付金（こども加算分） | 5万円／児童 | 人 | 万円 |
| 合計受給額 | | | 万円 |

※18歳以下（平成17年4月2日生まれ以降）の児童が対象です。

- 児童数※欄の児童は全員が、世帯内で扶養されています。（生計同一です。）
- 世帯の全員が、市町村民税が課されている他の親族等の扶養を受けていません。
- 世帯の中に、市町村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。

様式第1号（裏面）

<振込先口座>

| | |
|-------|-----------|
| 金融機関名 | (金融機関コード) |
| 本・支店名 | (支店コード) |
| 口座種別 | 普通 当座 |
| 口座番号 | |
| フリガナ | |
| 口座名義人 | |

※通帳等振込先金融機関口座確認書類の写しを添付してください。

年 月 日

住所

世帯主氏名

連絡先

※代理人の方が確認する場合は、必要事項を記入のうえ、代理人の本人確認書類を添付して提出してください。

<代理人の情報>

| | |
|------|---------|
| フリガナ | 申請者との関係 |
| 氏名 | |
| | |
| | |

| 生年月日 | 住所 | 連絡先 |
|-------------------|----|-----|
| 大正・昭和・平成 年 月 日 | 〒 | |

上記の者を代理人と認め、大野市低所得世帯への物価高騰くらし応援給付金（均等割のみ課税世帯分及びこども加算分）に係る下記事項について、委任します。

給付金の確認、請求 給付金の受給 給付金の確認、請求及び受給

※法定代理人の場合、委任方法の選択は不要です。

年 月 日

世帯主署名