



Date of application

特別定額給付金申請書

Application Form for the Special Cash Payment

申請日	令和2年6月30日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村	
蒲郡市長殿	
署名(又は記名押印)	氏名 / 現住所
ていがかつ太郎 定額 太郎	昭和29年4月1日
愛知県蒲郡市旭町17番1号	日中に連絡可能な電話番号 090(1234)5678

● 世帯主(申請・受給者) (下記の記載内容に誤りがあれば、朱書きで訂正してください。)

署名(又は記名押印)	氏名 / 現住所	生年月日
Signature (or seal) 定額 太郎 (印)	ていがかつ太郎 定額 太郎 愛知県蒲郡市旭町17番1号	昭和29年4月1日
		日中に連絡可能な電話番号 090(1234)5678

※下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

Phone No. on which you can be contacted during the daytime

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 市が、下記に記載の受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により、振込が完了せず、かつ申請受付開始日から3ヵ月後の申請期限までに、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、市は当該申請が、取り下げられたものとみなします。
- ④ 他の市区町村で重複して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。
- ⑤ 住民基本台帳に登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。
- ⑥ 本申請に係る支給決定の通知は、申請口座への振込をもって代えさせていただきます。振込予定日は、申請書審査が完了した日の翌週金曜日を基本としています。

● 給付対象者

下記の記載内容をご確認ください。記載の誤りがあれば朱書きで訂正いただき、受給を希望しない方がいれば□に×印をご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	希望しない	氏名	続柄	生年月日	希望しない
1 定額 太郎	世帯主	昭和29年4月1日	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
2 定額 花子	妻	昭和30年5月1日	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3 定額 一郎	子	昭和59年6月1日	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4 定額 二郎	子	昭和60年7月1日	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

If the person does not wish to receive the cash payment, please place a X in the box.

合計金額 Total amount 400,000 円

Please select the method of receipt by placing a ✓ in the box and filling in the necessary details.

● 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「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)

Account No. (Please make sure the last digit is in the far right-hand column!)

Katakana notation Account name

【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 Branch name	分類 Type	口座番号 (右詰めでお書きください)	(フリガナ) 口座名義
定額	給付	1. 貯蓄 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ていがかつ太郎 定額 太郎
金融機関コード 9:8:7:6	支店コード 9:8:6			
ゆうちょ銀行 Japan Post Bank	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄にご記入ください)		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 1 9 6 0		1 2 3 4 5 6 7	ていがかつ太郎 定額 太郎

B. 現金による給付を希望(金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方のみとなります。)

● 後見人等による代理申請(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	携帯電話番号 (自宅電話番号でも可)
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。
世帯主氏名				署名(又は記名押印)

チェックリスト Checklist

(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(□)にしを入れてください。)

(Please confirm the following items before checking the respective boxes.)

- ① ご記入いただいた項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度ご確認ください。
(1) Check there are no omissions or errors in the information provided.
- ② 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。
(2) In particular, check that the passbook number written on the form matches that of the passbook copy.
- ③ 添付資料に漏れがないかご確認ください。
(3) Check that all the necessary documents have been attached.

Attach copies of any of the following documents to confirm the identity of the actual applicant

申請者本人確認書類 写し貼付け

Driving license ・ 運転免許証のコピー ・ マイナンバーカードのコピー Individual Number card

Health insurance card ・ 健康保険証のコピー ・ 年金手帳のコピー 等 Pension book or the like

※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。

*In the case of a proxy application, please attach a copy of a document to confirm the proxy's identification, too.

Attach copies of any of the following to confirm the account of the financial institution into which the payment is to be

振込先金融機関口座確認書類 写し貼付け

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー

キャッシュカードのコピー

インターネットバンキングの画面の写し 等

Passbook (part where the account number is displayed) or cash card