

美浜町長

藪内 美和子



### 調整給付金支給確認書

調整給付金とは、令和6年度に実施する所得税・個人住民税所得割の定額減税を十分に受けられない(定額減税可能額が、令和6年分の推計所得税額又は令和6年度分の個人住民税所得割額を上回る)方に対し、当該上回る額の合算額を基礎として1万円単位で切り上げて算定した額を支給するものです。

令和6年の所得税(推計)及び令和6年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため、以下のとおり、支給予定額をお知らせします。

以下の内容を確認して、令和6年10月31日までに、この確認書と本人確認書類等を返送して下さい。審議の上、以下のとおり給付金を振り込みます。

支給方法 口座振込

支給口座

支給額

空欄の場合は、裏面で振込口座を記入してください。

#### (1) 調整給付金の支給額及び算出式

所得税	定額減税可能額 (3万円×(本人+扶養親族数))	令和6年分推計 所得税額	控除不足額( )
	<input type="text"/> 円	- <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円 (<0の場合は0)
住民税 所得割	定額減税可能額 (1万円×(本人+扶養親族数))	令和6年度分 住民税所得割額	控除不足額( )
	<input type="text"/> 円	- <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円 (<0の場合は0)
調整給付金	所得税分の 控除不足額( )	住民税所得割分の 控除不足額( )	控除不足額( ) (+)
	<input type="text"/> 円	+ <input type="text"/> 円	= <input type="text"/> 円
			調整給付金支給額 (上記を1万円単位に切上げ)
			<input type="text"/> 万円

注)「扶養親族数」には、控除対象配偶者、16歳未満の扶養親族を含みます。

本給付金は、差押禁止等及び非課税の対象です。

「令和6年分推計所得税額」欄の数値は、現時点で入手可能な令和5年所得等を基にした推計額を記載しており、令和6年分所得税額が判明した際に給付金額に不足が生じた場合は、当該不足額を令和7年以降に追加給付予定です。令和6年中に市区町村外に転居される方又は転居された方は、本確認書が、追加給付に際して必要となることがあるため、写し(コピー)を取って大切に保管してください。

各数値について重大な相違を認める場合には、相違のある部分に二重線を付して手書きで訂正するとともに、相違のあることが分かる関係書類(源泉徴収票、確定申告書、納税通知書、特別徴収税額通知書等)の写し(コピー)を添えて返送期限までに提出してください。

上記の返送期限までに返信がない場合は、本給付金の支給を辞退したとみなします。

本給付金を受給しない場合は、右のチェック欄( )にレを入れてください。【 私は給付金を受給しません 】

上記記入内容に相違ありません。

氏名	<input type="text"/>	確認日	令和 年 月 日	連絡先電話番号	<input type="text"/>
----	----------------------	-----	----------	---------	----------------------

裏面も必ずご確認ください

## (2) 給付金の振込先口座の変更等

表面上部の口座欄が空欄の場合や、別の口座への振込みを希望する場合には、以下のチェック欄( )にレを入れてください。

下記の口座への振込を希望します。

(通帳等の写しを添付する必要があります。長期間入金のない口座を記入しないでください。)

金融機関名	支店名	分類	口座番号 右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) 通帳の表記に合わせて下さい
1.銀行 4.信連 7.信濃連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協	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ご記入下さい)	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		

(注) 金融機関の口座がない方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、美浜町役場総務課(0738-23-4901)までお問い合わせください。

代理人が確認する場合は、下記の【代理確認・受給を行う場合】に記入してください。

### 【代理確認・受給を行う場合】

フリガナ 代理人氏名	本人との 関係	性別	代理人生年月日	代理人現住所
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ( )
上記の者を代理人と認め、調整給付金の [ 確認・請求 受給 確認・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。			本人氏名	署名

### 提出書類チェックリスト

下記書類を同封の返信用封筒に入れ、返送してください。

『調整給付金支給確認書』(本書) 必須

必要事項を記入してください。

氏名、確認日、連絡先電話番号(一枚目表面)

振込口座(裏面(表面の口座欄が空欄の場合などに記入))

『本人(及び代理人)確認書類の写し(コピー)』 必須

確認者の運転免許証、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)を添付してください。

『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』 該当の方のみ

「(2) 給付金の振込先口座の変更等」でチェックした場合のみ添付してください。

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)を添付してください。

『源泉徴収票や確定申告書、納税通知書、特別徴収税額通知書などの写し(コピー)』 該当の方のみ

表面記載の各数値について重大な相違を認める場合のみ、給付額算出に必要な税額や扶養親族数がわかる上記書類の写し(コピー)を添付してください。

各欄の記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備はありませんか。  
(記入漏れ・チェック漏れや、提出書類の不備がある場合、給付を受けられません。)