

調整給付金(不足額給付分)(※)申請書

※ 調整給付金(不足額給付分)とは、令和6年に支給した調整給付金(当初給付分)の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額(令和6年分推計所得税額)を用いて算定したことにより、結果として支給額に不足が生じた方などに対し、不足する額を支給するものです。

支給市区町村 (令和7年度個人住民税の課税市区町村)
小 城
市長殿



※本様式は、調整給付金(不足額給付分)の支給対象となりうる方で、申請が必要な方が使用するものです。
様式第1号(確認書)が届いた場合は、本様式を使用せず、確認書に記入・返送してください。

※本様式を提出いただいた場合、小城市において給付要件に該当するか審査の上で、
記入いただいた現住所に確認書を送付します。給付金の受給には、確認書の提出が必要です。

【本様式での申請が必要な方】

- 令和6年中に他の市区町村や海外から小城市に転入され、令和7年1月1日時点で住民登録のあった方で、下記の支給要件に該当の方が対象となります。具体的には以下の方が該当する可能性があります。
 - ・令和6年所得税額が令和5年所得税額より少なかった方(例: 令和6年所得が、令和5年所得より少なかった方)
 - ・令和6年中に扶養親族が増えた方(例: お子さまが出生された方) など

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、口にチェック(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 下記の支給要件に該当する場合、これに従い市において算定した支給額が支給されます。市における算定の結果、0円となった場合には調整給付金(不足額給付分)は支給されません。

【支給要件】

I + II (合計額に対し、1万円を最小の単位とし、これに満たない端数がある場合には切り上げる。) - III > 0となる納税義務者

- I 所得税分の所要額: 3万円 × 減税対象人数(※1) - 令和6年分所得税額
(※1) 納税義務者本人 + 令和6年12月31日時点の扶養親族等(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
- II 個人住民税所得割ぶんの所要額: 1万円 × 減税対象人数(※2) - 令和6年度分個人住民税所得割額
(※2) 納税義務者本人 + 令和5年12月31日時点の扶養親族等(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
- III 調整給付金(当初給付分)の額

- ② 調整給付金(不足額給付分)の支給要件の該当性等を審査等するため、市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。
- ③ 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。
- ④ 添付している資料以外に収入を証する書類はありません。

1. 申請者

(フリガナ) 氏 名	性別	生 年 月 日	現 住 所
	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()

【代理申請を行う場合】

代理人	(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	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(不足額給付分)申請書の提出を委任します。				署名 本人氏名

裏面も必ずご確認ください

☐ **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。長期間入出金のない口座は記入しないでください。)

金 融 機 関 名					支 店 名			分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)				口 座 名 義(カナ)	
銀 行 農 協 金 庫 漁 信 信 組 信 連 信 連					本 店 支 所 出 張			1普通						※「1. 申請者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
金融機関コード														

ゆうちょ銀行	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。)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください。
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			

※ 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、小城市健康福祉課給付金担当(TEL:0952-37-6156)までお問い合わせください。

提出書類

※返送される前に、提出書類が揃っているか、ご確認ください。

☐ 『調整給付金(不足額給付分)申請書』(本書類)

※ 必要事項をご記入ください。

- ☐ 誓約・同意事項(表面中段)
 - ☐ 申請者(または代理人)の氏名など(表面下部)
 - ☐ 振込口座(裏面上部)
 - ☐ 署名(裏面下部)

☐ 『調整給付金の支給確認書の写し(コピー)、支給決定通知書など』

※ 令和6年に給付された調整給付金(当初給付分)の額がわかる資料をご用意ください。

受給要件に該当せず調整給付金(当初給付分)を受給していないため、上記資料をお持ちでない方は、令和6年度個人住民税分控除不足額等がわかる資料をご用意ください。

☐ 『令和6年度分個人住民税の納税通知書または特別徴収税額通知書などの写し(コピー)』

☐ 『令和6年分所得税の源泉徴収票または確定申告書の写し(コピー)』

※ 給付額算出に必要な令和6年所得税額や、令和6年分所得税分控除不足額等がわかる上記書類の写し(コピー)をご用意ください。

□ 『本人(代理人)確認書類の写し(コピー)』

※ 申請者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険被保険者証、パスポート等の写し(コピー)を2枚目の本人確認書類(写)添付欄に添付してください。

☐ 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』(「2. 振込口座」に口座を記入した方)

※ 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2枚目の口座確認書類(写)添付欄に添付してください。

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、提出書類の不備はありませんか。
(チェック漏れや提出書類の不備がある場合、確認書の送付ができません。)

【署名欄】

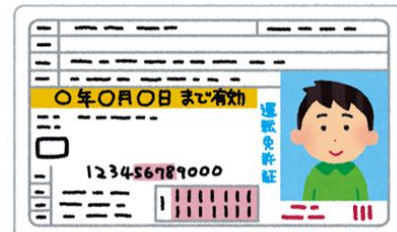
本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日 申請者氏名

本人(代理人)確認書類(写) 添付欄
(代理による場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付)

顔写真付きは1点・顔写真がない場合は2点添付ください。

- ・マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の写しなど(1点で可)
- ・健康保険証、介護保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証など(2点)



振込先金融機関 口座確認書類(写) 添付欄

「2. 振込口座」に記入した口座への振込を希望される場合は、

口座の金融機関名、口座名義人(カナ)、支店名・店番号、口座番号が分かる部分の写しを貼付けてください。

- ・通帳、キャッシュカード などの写し

