様式第1号（第6条関係）

〒　　令和　　年　　月　　日

様

滝上町長　清 原 尚 弘

定額減税調整給付金支給確認書

令和6年度所得税（推計）及び令和6年度住民税課税状況に基づき、対象者に以下のとおり支給予定額をお知らせします。

支給予定額を確認し、調整給付金について申出事項がない場合は、下記の提出書類を投函または持参してください。

【 支給予定額 】

●調整給付金の支給額及び算出式

対象者　　様

確認番号 ＿＿＿＿
世帯番号 ＿＿＿＿
宛名番号 ＿＿＿＿

	（定額減税可能額）		（R6年分推計所得税額）		（控除不足額）①
所得税	＿＿＿＿円	－	＿＿＿＿円	＝	＿＿＿＿円
	（定額減税可能額）		（R6年度分住民税所得割額）		（控除不足額）②
住民税所得割	＿＿＿＿円	－	＿＿＿＿円	＝	＿＿＿＿円
	（所得税分の控除不足額）①		（住民税所得割分の控除不足額）②		（控除不足額計）③（①＋②）
調整給付金	＿＿＿＿円	＋	＿＿＿＿円	＝	＿＿＿＿円

（調整給付金支給額）上記③を1万円単位に切上げ　［　　］円

【 提出書類 】

定額減税調整給付金支給申請書　様式第2号（第6条関係）

【申請期限】令和6年10月31日（消印有効）

※　申請書を受理した日からおおむね2～3週間前後で振込します。

■ 調整給付金の支給額及び算出式について、ご質問等がありましたらお手数ですが、下記までご連絡くださいますよう、よろしくお願いいたします。

➡

【 お問い合わせ先 】
滝上町役場住民生活課税務係
TEL:0158-29-2111（内線227・228）

様式第2号（第6条関係）

定額減税調整給付金支給申請書

令和6年度個人住民税の課税市区町村
滝上町長　清原　尚弘　殿

申請日：令和　　年　　月　　日

申請者情報

（フリガナ） 氏　　名	現住所・連絡先	生年月日
（　　）	**電話番号：**	年　　月　　日

※　記載内容を御確認ください。もし記載に誤りがあれば、朱書きで訂正してください。
※　**電話番号は必ず記入してください。**

調整給付金を希望される方、又は、希望されない方は、下のチェック欄（□）に✓を御記入ください。

□	下記の事項に同意の上、調整給付金を申請します。 ① 受給資格について、公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いする場合があります。 ② 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、申請期限までに、申請・受給者（代理人も含みます。）に連絡・確認できない場合には、当該申請が取り下げられたものと見なします。 支給申請額 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 円　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□	調整給付金を希望しません。※以降の記入は不要です。

受取方法　（振込先金融機関口座について、必要事項をご記入ください。）

給付金の振込先口座

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　4.信連 2.金庫　5.農協 3.信組　6.漁協	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1普通 2当座		

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。	※		

※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など、口座による受け取りが困難な方は、住民生活課税務係（0158-29-2111）までお問い合わせください。

様式第2号（第6条関係）

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	代理人生年月日	代理人住所
（　　）		明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日	**電話番号：**
上記の者を代理人と認め、調整給付金の □申請　□受給　□申請及び受給　を委任します。			本人氏名　署名

本人（代理人）確認書類	貼付欄
○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）いずれか1つ	

本人（代理人）振込先金融機関口座確認書類	貼付欄
○受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写し	