

特別定額給付金申請書

様式1

申請日 令和 2 年 5 月 22 日

令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村

おのみち

市区町村長殿

Nama shiyakusho/kuyakusho/
tempat Anda mendaftar alamat

市区町村
受付印

Alamat Anda sudah tertulis di formulir

di formulir sudah
tertulis katakana
nama Anda, jika
belum, tulis
katakana nama
Anda pada bagian
yang ditunjuk
sesuai dengan
katakana yang
tertulis di kartu
Asuransi
Kesehatan

世帯主(申請・受給者)

(フリガナ)

氏 名

プレプリント

署名(又は記名押印)

SHIMANAMI TARO

日中に連絡可能な電話番号 0845 (24) 0000

現

住

所

生年月日

明治・大正・昭和・平成

プレプリント住所△プレプリント方書

1996 年 1 月 1 日

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- 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。
 - ③ 市区町村が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い
月後の申請期限までに、市区町村が、世帯主(申請・受給者)又はそ
下げられたものと見なします。
 - ④ 他の市区町村で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。
- 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。

Tulis nomer telpon yang bisa
dihubungi, jika Anda tidak punya
nomor telpon, tulis nomor telpon
perusahaan tempat Anda bekerja

Sudah terprint

給付対象者(下記の記載内容を御確認ください。もし記載の誤りや右欄で受給を希望しない方が
あれば、朱書きで訂正してください)

	氏名	続柄	生年月日
1	千代田 太郎	世帯主	昭和60年10月1日
2	千代田 花子	妻	平成2年4月1日
3	千代田 直子	子	令和元年12月31日
4			
5			
6			
合計金額		3 0 0 , 0 0 0 円	

給付金の受給を希望されない方は チェック欄(□)に×印を御記入ください
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Bagian ini tidak
diceklis, dan
tidak diisi

Ceklis kotak ini,
jika Anda ingin
uang ditransfer
ke rekening
Anda

- 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、必要事項を御記入ください。)
- ☒ 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希望)への振込を希望
- ☐ この口座が当市区町村の水道料、住民税等の引落し、児童手当等の受給に現に使用している口座であって、世帯主(申請・受給者)の名義である場合(この場合は通帳やキャッシュカードのコピーを添付する必要はありません。)
- また、当該口座の確認について、水道部局、税部局等に照会を行うことを承諾します。
- (希望する口座) ☐ 水道料引落口座 ☐ 住民税等の引落口座 ☐ 児童手当等の受給口座

【受取口座記入欄】(長期間入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御確認ください。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。

Untuk rekening SELAIN
Japan Post Bank

Isi
salah
satu

Untuk rekening
Japan Post Bank

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
いんのしま ①銀行 2.金庫 3.信組 4.信連 5.農協 6.漁協 7.信漁連	たくま 本・支店 本・支所 出張所 支店コード 1 2 3	1普通 2当座	4 4 1 1 2 2 3	シマナミ タロウ SHIMANAMI TARO

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 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 5 1 8 0	1 2 3 1 2 3 1 2	シマナミ タロウ SHIMANAMI TARO

- ☐ B 本申請書を窓口で提出し、後日、給付(この場合は、申請書の郵送の必要はありません。)

(金融機関の口座がない方や金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方が対象となります。)

代理人が申請する場合は、裏面の代理申請(受給)に御記載ください。

(申請書裏面)

Bagian ini tidak diisi

【代理申請(受給)を行う場合】

代理人	(フリガナ)	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ()
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		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。		署名(又は記名押印) 世帯主氏名

Tempel fotokopi kartu Asuransi Kesehatan atau fotokopi My Number di sini (salah satu)

健康保険 家族(被扶養者) 00112
被保険者証 平成26年 6月 1日交付
記号 50000023 番号 40
氏名 健康 花子
生年月日 昭和 18年 10月 1日
性別 女
認定年月日 平成 26年 6月 1日
被保険者氏名 健康 太郎
任意継続被扶養者 資格喪失予定年月日 平成28年 6月 1日
保険者番号 0110110116
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇-〇

本人確認

Tempel salah satu

通知カード
個人番号 1234 5678 9012
氏名 番号 花子
住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号
平成元年3月31日生 性別 女
発行日 平成27年10月30日
〇〇市長 A123456789

Tempel fotokopi buku rekening halaman pertama (bagian yg tertera nomor rekening atau fotokopi kartu ATM (salah satu)

口座移動
口座名義人
店番号、口座番号
金融機関名・支店名
見本

Tempel salah satu



pixta.jp - 15281244

Ceklis ketiga kotak di bawah ini

チェックリスト

(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(□)にレを入れてください。)

- ☒ ① 御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ☒ ② 特に、御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御確認ください。
- ☒ ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。