

福島市長

受付印

管理
コード

D面の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、
申請します。

① 申請・請求者(世帯主)

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
	男・女	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	電話番号 ()

② 申請者が属する世帯の状況 ※令和5年12月1日時点の世帯の全ての構成員について記載

○「現住所と令和5年1月1日時点の住所が異なる」欄が「異なる」に該当する(☑)方は、令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村名を記載してください。(該当する方が複数いる場合は、該当する方全員の分。)

	(フリガナ) 氏名	申請者との 続柄	性別	生年月日	現住所と 令和5年1月1日時点の 住所が異なる	異なる場合には令和5年1月1日時点の 市区町村名を記載	令和5年度 住民税均等割課税状況
1	(申請者)	本人			<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税されている <input type="checkbox"/> 課税されていない <input type="checkbox"/> 未申告
2			男・女	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税されている <input type="checkbox"/> 課税されていない <input type="checkbox"/> 未申告
3			男・女	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税されている <input type="checkbox"/> 課税されていない <input type="checkbox"/> 未申告
4			男・女	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税されている <input type="checkbox"/> 課税されていない <input type="checkbox"/> 未申告
5			男・女	明治・大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税されている <input type="checkbox"/> 課税されていない <input type="checkbox"/> 未申告

③ 受取方法 ア・イ・ウのいずれか1つを選びご記入ください。

ア	世帯主口座 への振込 (代理受給の 場合は代理人 口座を記入)	金融機関名	銀行 金庫 組合	店名	本店 支店・支所 出張所
		預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
		(フリガナ) 口座名義人			

振込口座を世帯主以外にしたい方は、C面の代理受給へお進みください。

イ マイナポータルで登録した公金受取口座の利用を希望。

ウ 金融機関口座を持っていない⇒別途市より手続きを案内します。

代理受給

代理受給が認められる方(世帯主との関係)

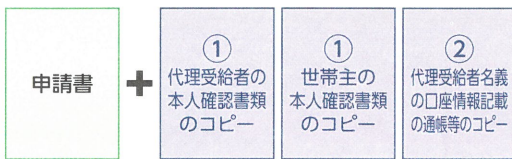
- 1 同一世帯人：令和5年12月1日時点での世帯主と同一の世帯にいる世帯員
- 2 法定代理人：成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人および代理権付与の審判がなされた補助人

代理受給に必要な書類

- ①代理受給者と世帯主それぞれの本人確認書類(保険証、運転免許証など)のコピー(A4サイズ)
- ②代理受給者名義の口座情報が記載された通帳等のコピー(A4サイズ)
- ③代理受給者と世帯主の関係性を確認できる書類
 同一世帯人の場合…関係性を確認できる書類は不要です。
 法定代理人(成年後見人等)の場合…法定代理人である証明書、その他その資格を証明する書類(コピーも可)

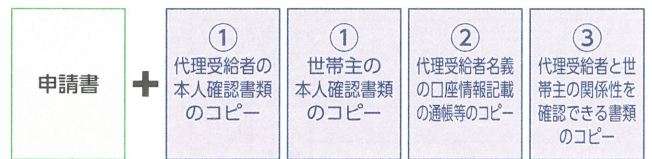
1：同一の世帯に属する世帯人が代理人の場合

※コピーはすべてA4サイズで提出する



2：法定代理人が代理人の場合

※コピーはすべてA4サイズで提出する



※住民票上別世帯の方は、親子等の血縁関係者や同居人であっても代理受給できませんのでご注意ください。(法定代理人に指定されている場合を除く)

※ご不明な点はお問い合わせください。

福島市生活支援特別給付金コールセンター 0120-961-008

開設期間：令和6年1月22日～令和6年4月30日 9:00～18:00(土・日・祝日は除く)

代理受給者記入欄 <代理受給される場合は必ず記入・押印してください。>

代理人 氏名	フリガナ	代理人生年月日	世帯主との関係	左記の者を代理人と認め、給付金の請求および受給を委任します。
	氏名			
代理人住所			世帯主氏名	
電話番号 ()				

事務局 使用欄	受付	口座添付	本人確認添付	入力	データ確認	備考
	記入しないでください			記入しないでください		