

富士吉田市ダウンロード用

<特別定額給付金の申請は、本申請書の郵送のほか、マイナポータル上でのオンライン申請も可能です>

特別定額給付金申請書

SPECIAL CASH PAYMENT APPLICATION FORM

Date of Application

申請日	令和 2 年 M 月 D 日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村	
富士吉田市長 殿	

市区町村
受付印

① 世帯主(申請・受給者) ① Head of Household (Applicant/Recipient)

(フリガナ) 氏 名	生年月日	現 住 所
Japanese Reading (katakana) FULL NAME ㊞	Date of Birth 年 月 日 Y M D	Current Address Phone # 日中に連絡可能な電話番号 6-1-1 SHIMOYOSHIDA 0555 (22) 1111

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- 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。
- 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。また、他の市区町村により居住地の確認をさせていただくことがあります。
- 市区町村が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請受付開始日から3ヶ月後の申請期限までに、市区町村が、世帯主(申請・受給者)又はその代理人に連絡・確認できない場合には、市区町村は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- 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。
- 住民基本台帳に記録されている者の属する世帯の世帯主以外の世帯員が、一定の理由により、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。

② 給付対象者 (下記の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。)

※特別定額給付金を希望されない方につきましては、以下のチェック欄(□)に×印を御記入ください。

② Eligible Persons within Household *include head of household

	氏 名	続柄	生年月日	希望しない		氏 名	続柄	生年月日	希望しない
1	HEAD OF HOUSEHOLD		Date of Birth	<input type="checkbox"/>	7				<input type="checkbox"/>
2	FULL NAME	Family Relation	Date of Birth	<input type="checkbox"/>	8				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	9				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	10				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	11				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	12				<input type="checkbox"/>

(添付する本人確認書類のコピーは、ご家族の分は不要です。)

合計金額 TOTAL AMOUNT 円

(¥100,000 x # of eligible persons in household)

<<裏面も記入>>

(申請書裏面) ③ Method of Receiving Payment

③ 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『✓』を入れて、必要事項を御記入ください。)

Please place a check mark ✓ in the box □ next to your preferred method and provide the required information

✓ A 指定の金融機関口座(申請・受給者又はその代理人の口座に限ります。)への振込を希望

A → Direct deposit into my bank account (deposits will only be made into the account of the head of household)

【受取口座記入欄】(長期間入出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。

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
BANK NAME	1.銀行 2.金庫 3.信組 4.信連	BRANCH NAME 本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1普通 2当座	1	2	3	4	5	6	7	Japanese Reading (katakana)
	5.農協 6.漁協 7.信漁連										FULL NAME OF ACCOUNT HOLDER

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。	1 0 ※		Japanese Reading (katakana)
			FULL NAME OF ACCOUNT HOLDER

JAPAN POST BANK

※通帳のコピーの添付が必要です。(通帳が無い場合は、キャッシュカードのコピーでも可)

□ B 申請書を窓口で提出し、後日、給付(この場合は、申請書の返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。)

B → Apply at counter and receive payment at a later date (in this case, please do not send this application form and bring directly to City Hall)

【代理申請(受給)を行う場合】

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
			明治・大正・昭和・平成 年 月 日	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			を委任します。	世帯主氏名 (印)
申請・請求 受給 申請・請求及び受給			← 法定代理の場合は、委任 方法の選択は不要です。	

※記名押印に代えて署名することができます。

Required Attachment: Proof of Identity (one of the following)

申請者本人確認書類

写し 貼付け

- ・ Copy of Driver's License
- ・ Copy of My Number Card
- ・ Copy of Health Insurance Card
- ・ 運転免許証のコピー
- ・ マイナンバーカードのコピー
- ・ 健康保険証のコピー
- ・ 年金手帳のコピー 等
- ・ Copy of Pension Handbook, etc.

※ 代理申請(受給)を行うには、代理人の本人確認の写しも添付してください。

確認欄

確認欄

Required Attachment: Proof of Bank Account

振込先金融機関口座確認書類

写し 貼付け

Copy of Bank Book (portion with record of account number)

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー

または or

キャッシュカードのコピー 等

Copy of Bank Card

確認欄

確認欄