

申請者本人確認書類

写し貼付け

ここに世帯主（申請・受給者）の本人確認書類を貼ってください。

- ・ 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

※ 代理申請（受給）を行う場合は、代理人の本人確認書類の写しも添付してください。

振込先金融機関口座確認書類

写し貼付け

ここに振込先金融機関口座の確認書類を貼ってください。

- ・ 振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人がわかる通帳（見開き面）のコピー
- ・ キャッシュカードのコピー 等

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✓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。

特別定額給付金 申請書 記入例

<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

申請日 令和2年6月1日
 令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村
 市区町村長 殿

市区町村
交付印

この申請書を記入した日付を御記入ください。

○ 世帯主（申請・受給者） 999999-999999 摘要 1111111111 1/1

氏名	生年月日	現住所
ミエ タロウ	明治・大正・昭和・平成 60年10月1日	三重県三重市三重3丁目3

日中に連絡可能な電話番号 123 (4567) 8901

申請書の同意事項を確認いただき、氏名等を記入し、押印してください。

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。
 ※記名押印に代えて署名することができます。

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。また、他の市区町村に居住地の確認をさせていただくことがあります。
 ③ 市区町村が、下記に記載された受給口座に振込不能後、記載間違い等の事由により戻り込みが完了せず、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を取り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、返還をさせていただきます。
 ⑤ 住民基本台帳に記載されてい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、返還させていただきます。

給付を希望されない方はチェック欄(□)に×印を朱書きで御記入ください。また、給付対象者の記載に誤りがあれば、朱書きで訂正を御記入ください。

○ 給付対象者(下記の記載内容をご確認ください。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	摘要	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。
1 三重 太郎	世帯主	昭和60年10月1日	1111111111	<input type="checkbox"/>
2 三重 花子	妻	平成2年4月1日	2222222222	<input type="checkbox"/>
3 三重 一郎	子	令和元年12月31日	3333333333	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>

合計金額 300,000円

受取方法に『✓』を記入し、受取口座を御記入ください。

○ 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。)

□ 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)への振込を希望【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。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (金融機関からお書きください)	口座名義 (フリガナ)
0000	000	本支店 出納所	1234567	ミエ タロウ
金融機関	支店コード	2桁	1234567	三重 太郎

ゆうちょ銀行
 通帳記号
 通帳番号
 (フリガナ)
 口座名義

代理申請を行う場合、代理人の氏名等を御記入ください。

【代理申請(受給)を行う場合】

代理人氏名	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 ()

上記の書を代理人と認め、特別定額給付金の申請・請求を委任します。法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。世帯主氏名

※記名押印に代えて署名することができます。