

〒901-0492
沖縄県島尻郡八重瀬町
字東風平1188番地

八重瀬 太郎 様

記入例

令和7年度八重瀬町不足額給付金支給確認書

※不足額給付金（以下、調整給付金（不足額給付分））とは、令和6年に支給した調整給付金（当初給付分）注の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額（令和6年分推計所得税額）を用いて算定したことにより、結果として支給額に不足が生じた方などに対し、不足する額を支給するものです。

注：調整給付金（当初給付分）とは、令和6年度に実施した所得税・個人住民税所得割の定額減税を十分に受けられなかった（＝定額減税可能額が、令和6年分の推計所得税額又は令和6年度分の個人住民税所得割額を上回った）方に対し、当該上回る額の合算額を基礎として1万円単位で切り上げて算定した額を支給したものです。

令和6年の所得税（実績額等）及び令和6年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため以下のとおり支給予定額をお知らせします。

以下の内容を確認して、令和7年10月31日までに、この確認書と本人確認書類等を返送してください。

審査の上、以下のとおり給付金を振り込みます。

支給方法 口座振込

支給日 確認書を受領した日から3週間後目安

支給額 10,000 円

※裏面へ振込口座情報を記入してください。

（1）調整給付金（不足額給付分）の支給額及び算出式

令和7年の所要額	令和6年分 所得税分の 控除不足額 (①)	令和6年度分 住民税所得割分の 控除不足額 (②)	控除不足額計 (③) (①+②)
	2,500 円	0 円	2,500 円
	注)「控除不足額」とは、定額減税しきれない額を指します。		令和7年の所要額 (④) (上記③を1万円単位に切上げ)
			1 万円
支給額	令和7年の 所要額 (④)	調整給付金（当初給付分） 支給額（令和6年）	調整給付金（不足額給付分） 支給額
	1 万円	0 万円	1 万円
	注) 調整給付金（当初給付分）の受給辞退があった 場合は、「支給所要額」を記載しています。		

※各数値について重大な相違を認める場合には、相違のあることが分かる関係書類（源泉徴収票、確定申告書など）の写し（コピー）を添えて窓口へ期限までに提出してください。

※本給付金を受給しない場合は、右記のチェック欄（☐）にレを入れてください。【 私は給付金を受給しません ☐ 】

【誓約事項・確認事項】

- ア. 上記に記載された（1）調整給付金（不足額給付分）の支給額及び算出式の内容に誤りがないことを確認しました。
- イ. 上記に記載された支給額等の算定根拠となった所得以外に申告していない所得はありません。
（令和5年分所得が未申告だったものについては、令和6年度分個人住民税所得割額が生じる水準ではないことを含む）
- ウ. 本給付金の支給後、支給確認書に虚偽の記載が判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合はすみやかに給付金を返還します。
（意図的に虚偽の記載をした場合、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。）
- エ. 本給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、八重瀬町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- オ. 上記の回答期限までに返信がない場合及び返送したが支給確認書に不備があり八重瀬町が定める期限までに必要な修正が行われない場合、八重瀬町は本給付金の支給を辞退したとみなします。

受給辞退の場合は
こちらにチェック✓を
ご記入ください。

上記記入内容に 異議 ありません。

申請者氏名

八重瀬 太郎

確認日

令和 7 年 8 月 15 日

連絡先電話番号

090-1234-5678

↑受給希望する方、辞退する方
どちらも申請者氏名(ご本人)を
ご記入ください。

裏面も必ずご確認ください

↑日中、連絡できる
電話番号をご記入
ください。

(2) 給付金の振込先口座の情報

※振込口座情報をご記入ください。
(長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

銀行またはゆうちょ銀行
どちらかの口座情報をご記入ください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 ※右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
● ● ● 1.銀行 1.信連 7.信漁連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協	東風平 本支店 本支所 出張所	1普通 2当座	0 1 2 3 4 5 6	ヤエセ タロウ
金融機関番号 1 2 3 4	店番号 1 2 3			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入下さい)	通帳番号 ※右詰めでご記入下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
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・番号をご記入下さい。	1 0 ※		

(注) 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、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、八重瀬町給付金コールセンター (TEL：050-3529-1262)までお問い合わせください。

代理人が確認等を行う場合は、下記の事項を記入してください。また、チェック欄 (□) へも該当するものにレを記入してください。

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	フリガナ 代理人氏名	本人との 関係	性別	代理人生年月日	代理人現住所
	代理人申請の場合は こちらもご記入ください。		男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()

私は申請者から代理人として、調整給付金（不足額給付分）の

☐ ①確認・請求
☐ ②受給
☐ ③確認・請求及び受給

を委任されたことに間違いありません。

添付してください。

①振込先金融機関口座確認書類

※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳の見開きページやキャッシュカードの写し (上欄に記入した口座が確認できる書類を提出して下さい)

添付もれにご注意ください。

添付してください。

②本人確認書類

※マイナンバーカード（表面）、運転免許証、パスポート等の写し (いずれか1つ)
※上記の身分証がない場合は健康保険証でも可

+

③代理人確認書類（代理人が申請・受給する場合は必須）

※マイナンバーカード（表面）、運転免許証、パスポート等の写し (いずれか1つ)

添付もれにご注意ください。