

<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

市区町村
受付印

A

申請日	令和2年 5月 15日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村	
花巻市長様	

B

○世帯主(申請・受給者)

1 (フリガナ) 氏名	2 生年月日	現住所
(氏) スミス (名) ジョン アダム	明治・大正・昭和・平成 63年 1月 20日	1 → 花巻市〇〇町〇〇番〇〇号
3 → SMITH 4 → JOHN ADAM	5	日中に連絡可能な電話番号 (ハイフンなし左詰め) 2 → 090*****

※記名押印に代えて署名することができます。

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- E**
- ① 受給資格の確認にあたり、公簿等で確認を行うことがあります。
 - ② 公簿等で確認をできない場合は、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、申請・受給者(代理人も含まれます。)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。
 - 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。

F

○給付対象者 (下記に記載内容をご確認ください
もし記載に誤りがあれば、朱書きで訂正してください)

氏名	続柄	生年月日	受取
1 SMITH JOHN ADAM	2 世帯主	3 昭和63年 1月 20日	5 <input type="checkbox"/> 不要
2 SMITH JANE	妻	平成 2年 12月 5日	<input type="checkbox"/> 不要
3 SMITH SAM	子	平成22年 4月 27日	<input type="checkbox"/> 不要
4			<input type="checkbox"/> 不要
5			<input type="checkbox"/> 不要
6			<input type="checkbox"/> 不要
7			<input type="checkbox"/> 不要
8			<input type="checkbox"/> 不要
9			<input type="checkbox"/> 不要
10			<input type="checkbox"/> 不要
11			<input type="checkbox"/> 不要
12			<input type="checkbox"/> 不要
13			<input type="checkbox"/> 不要
合計金額		6 300,000 円	

特別定額給付金を希望されない方は
「不要」欄にレ点アエックを記入

G

○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(□)にレ点を入れて、必要事項を御記入ください。)

A 1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

【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。)

H

1 金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	2 支店	3 分	4 口座番号 (右詰めでお書きください)	5 (フリガナ) 口座名義
岩手 Bank 銀行	花巻	本店 Main Office	57*****	(氏) スミス (名) ジョン アダム
Credit Union 信金		支店 Branch		8 → SMITH 9 → JOHN ADAM
Credit Assoc. 信組		本所 Main Office		
信連		支所 Branch		
信連		出張所 Branch		

I

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄に記入してください)	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	2	(氏) (名)

B 申請書を窓口で提出し、後日、給付 (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る方が対象となります。)

事務処理用 (銀行コード)

金融機関	ゆうちょ銀行
-	9900-

For Office Use
(don't write anything here)

【代理申請(受給)を行う場合】

K

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
	1 代理人氏名	2			
	スミス	ジェーン	妻	明治・大正・昭和・平成	10 花巻市〇〇町〇〇番〇〇号
	3 Smith	4 Jane		7 2年 8 12月 9 5日	
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。		署名(又は記名押印)
12 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。		13 John Smith 14 印
			世帯主氏名		

添付書類 貼り付け用紙

L

《貼り付け欄 その1》 申請者(住民票の世帯主)の本人確認書類の写し

下記のうち、どれかを添付してください。

- ・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、代理人の本人確認の写しも添付してください。

M

《貼り付け欄 その2》 振込先口座がわかる書類の写し

下記のうち、どれかを添付してください。

- ・通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー
- ・キャッシュカードのコピー 等