

芦北町長 竹崎 一成 様

芦北町物価高騰対策給付金申請書兼請求書
(令和6年度住民税非課税世帯への給付及び子育て世帯加算分)

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認し、全ての項目に誓約・同意の上、申請します。

標記給付金は、令和6年12月13日（基準日）において、芦北町に住民登録があり、令和6年度住民税非課税となる世帯に対し、1世帯あたり3万円を給付するものです。加えて、当該世帯に18歳以下（平成18年4月2日以降生まれ）の子どもがいる場合に子育て世帯加算として、子ども1人当たり2万円を給付するものです。

該当する世帯は、令和7年7月31日までに必要書類を添えて、この申請書を提出してください。

1. 申請・請求者（世帯主）

(ふりがな) 氏名	性別	生年月日	申請者住所（住民票所在地）・電話番号
	男・女	大・昭・平・令 年 月 日	日中に連絡がとれる電話番号 ()

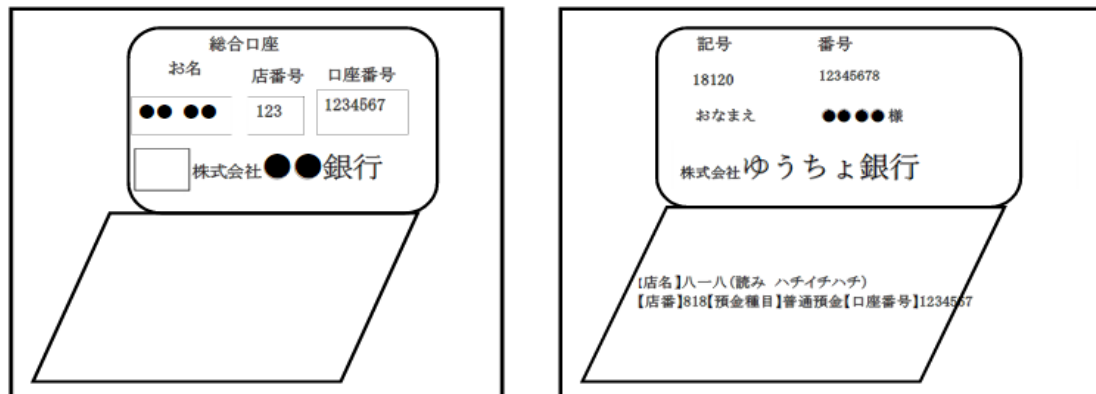
2. 申請者が属する世帯の状況（令和6年12月13日時点の世帯構成員を記入してください）
※令和6年1月2日以降に芦北町に転入された方は、芦北町に住民税の課税情報がありません。令和6年度住民税の課税権のある市区町村（令和6年1月1日の住所地）で課税証明書を取得してください。

No	(ふりがな) 氏 名	申請者 との続柄	性別	生年月日	現住所と令和6 年1月1日時点 の住所が異なる	左欄が「異なる」の 場合、令和6年1 月1日時点の住所 を記入する	令和6年度 住民税の 課税状況	子ども加算 H18.4.2以降 に出生した者
1	(申請者)	本人	上 記 1. 欄 と同じ	上記1. 欄と同じ	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐
2			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐
3			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐
4			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐
5			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐
6			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐
7			男・女	大・昭・平・令 年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ 未申告	☐

裏面も必ずご確認ください

3. 下記に添付した口座へ振込みを依頼します。 ※原則、申請者（世帯主）の口座

金融機関名、店名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる部分の写しを添付してください。
【通帳をコピーする場合の例】



4. 次の【誓約・同意事項】の全ての項目を確認して、誓約・同意欄にチェック☑を入れてください。 ※誓約・同意欄にチェック☑がなければ受給できません。

【下記の誓約・同意事項①～⑥の全てに相違ないことを誓約・同意します】

誓約・
同意欄

☐

- ①世帯の全員が、住民税が課されている他の親族等の扶養を受けていません。
- ②世帯の中に、住民税課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
- ③他市区町村で実施している同等の給付金(3万円)の支給を受けていません。
- ④世帯内に租税条約による住民税の課税免除の結果、非課税となった者はいません。
- ⑤当該給付金の支給要件の該当性を審査するために、芦北町が必要な税情報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、また提供することに同意します。
- ⑥確認内容が誤っている場合など給付金の返還を求められた場合は、速やかに返還に応じます。

5. 提出書類（提出もれのないようチェック（☑）を入れて、ご確認ください）

- ☐ この申請書兼請求書
※必要事項を全て記入してください。
- ☐ 申請・請求者本人確認書類のコピー（代理申請の場合、本人と代理人の両方が必要です）
※運転免許証、マイナンバーカード（表面）、健康保険証、在留カード（表・裏）など
- ☐ 受取口座を確認できる書類のコピー
※通帳などの金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ）のわかる面のコピー
- ☐ 『令和6年度住民税課税証明書』
※令和6年1月2日以降に芦北町に転入された方の分が必要です。
※未申告の方は住民税課税地の税務担当課で申告を済ませて、未申告状態を解消してください。

以下は、代理人の場合のみ記入してください

6. 代理人の場合は以下に記入し、本人及び代理人の本人確認書類を添付してください。

ふりがな 代理人氏名	代理人生年月日	申請者 との関係	代理人住所・電話番号	
	大・昭・平・令 年 月 日		日中に連絡がとれる電話番号 ()	
上記の者を代理人と認め、 本給付金の【 ①確認・請求 ②受給 ③確認・請求・受給 】を委任します。※法定代理人の場合、委任方法の選択不要です。			申請 世帯主 氏名	本人署名

※申請世帯主（本人）が被成年後見人で、成年後見人が代理申請する場合、成年後見人であることを証する書類（登記事項証明書の写し等）を添付してください。この場合、上記6.欄の申請世帯主の署名欄の記入は不要です。

【提出先・お問い合わせ先】 芦北町役場 福祉課 社会福祉係 電話：0966-83-9667（直通）