

伊賀市低所得者世帯支援給付金 申請書（請求書）

（申請を必要とする場合）

伊賀市長 様

受付印

裏面の「5. 誓約・同意事項」を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者（世帯主）

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	現 住 所
	年 月 日	〒 電話 ()

2. 申請者が属する世帯の状況 ※2024（令和6）年6月3日時点の世帯の全ての構成員について記載

○2024（令和6）年1月1日時点の住所が現住所と異なる方は、**令和6年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する住民税課税証明書**を添付してください。（該当する方が複数いる場合は、該当する方全員。住民税課税証明書の添付がない場合は、この給付金を支給することができません。）
○別世帯で扶養している児童や、新生児がいる場合は記載してください。

	(フリガナ) 氏 名	申請者 との続柄	個人番号 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	令和6年1月1日の住所	令和6年度住民税 所得割【定額減税前】 課税状況	こども加算 対象者 ※対象者に 「○」
1	(申請者・世帯主)	本人		☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 課税 ・ ☐ 非課税 ☐ 未申告 ・ ☐ 被扶養者	
2			年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 課税 ・ ☐ 非課税 ☐ 未申告 ・ ☐ 被扶養者	
3			年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 課税 ・ ☐ 非課税 ☐ 未申告 ・ ☐ 被扶養者	
4			年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 課税 ・ ☐ 非課税 ☐ 未申告 ・ ☐ 被扶養者	
5			年 月 日	☐ 現住所と同一 ☐ 異なる		☐ 課税 ・ ☐ 非課税 ☐ 未申告 ・ ☐ 被扶養者	

3. 請求金額

該当に「○」	類型	金額
	新たに住民税所得割非課税世帯となった方への給付金	1世帯 10万円
	〃 (こども加算分)	人× 5万円 = 万円

4. 振込口座（原則、1. の申請・請求者の口座とします。） ※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支 店 名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義 (カナ) ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
銀行・農協 金庫	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
金融機関コード	支店コード			

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

※ 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、伊賀市給付金
担当にお問い合わせください。

裏面も必ずご確認ください。

５．誓約・同意事項 ※全ての項目を確認し、☐にチェック（し）してください。

☐ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

伊賀市低所得者世帯支援給付金（以下「給付金」という。）の支給要件に該当します。

※ 給付金の支給対象となるためには、以下の要件を全て満たすことが必要です。

- ① ア 世帯の全員が、令和６年度住民税所得割（定額減税前）が非課税である。
イ 世帯の全員が、令和６年度住民税が課されている他の親族等の扶養を受けている世帯ではない。
（注）住民税における取扱いとして、扶養を受けているか分からないときは、両親や子ども等、家族に確認してください。
- ② 世帯の中に、令和６年度住民税所得割が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 令和５年度または令和６年度中に伊賀市または他市区町村で実施されている低所得者世帯向け給付金（住民税非課税世帯等給付金・住民税均等割のみ課税世帯給付金）の支給を受けた世帯ではありません。
- ④ 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、伊賀市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、提供を受けることに同意します。
- ⑤ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ⑥ この申請書は、伊賀市において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
伊賀市が支給決定をした後、申請書（請求書）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市
- ⑦ が金融機関に振込を依頼した日から14日以内に、伊賀市が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。
- ⑧ 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であること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には、給付金を返還します。

提出書類

☐ 『伊賀市低所得者世帯支援給付金申請書（請求書）』（本書）

※ 必要事項をご記入ください。

☐ 『申請・請求者本人確認書類の写し（コピー）』

※ 申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（おもて面）、年金手帳、介護保険証、パスポート、在留カード等の写し（コピー）をご用意ください。

☐ 『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』

※ 通帳やキャッシュカードの写し（コピー）など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し（コピー）をご用意ください。

☐ （「現住所と令和６年１月１日時点の住所と異なる」欄が「異なる」に該当する方全員分）

令和６年１月１日時点でお住まいの市区町村が発行する『令和６年度住民税課税証明書』の写し（コピー）

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。（チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。）

本申立ての内容に相違ありません。

年 月 日 申請者氏名