

定額減税補足給付金(不足額給付) 申請書(請求書)
(申請を必要とする場合)

受付印

伊賀市長 様

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

(フリガナ) 氏名	生年月日	現住所
	年 月 日	〒 電話 ()

2. 請求金額

該当に 「✓」	類型	金額
A <input type="checkbox"/>	2024(令和6)年中に伊賀市に転入し、下記のいずれかに該当する者 (1)令和6年所得税が令和5年所得税より少額であった (2)令和6年中に扶養親族が増員した	万円
B <input type="checkbox"/>	令和6年の所得税額及び令和6年度の個人住民税額がいずれも0円で、下記のいずれかに該当する者 (1)青色事業専従者 または 事業専従者 (2)合計所得金額が48万円超	4万円 <small>令和6年1月1日時点 国外居住者は3万円</small>

3. 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。

【受取口座記入欄】※申請者本人名義に限ります。口座名義(カナ)は通帳の表記に合わせてください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください)	口座名義(カナ)
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)
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 ※	1	

※ 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。

4. 代理申請を行う場合

代理人	(フリガナ) 氏名	生年月日	現住所
		年 月 日	〒 電話 ()
上記の者を代理人と認め、定額減税補足給付金(不足額給付)に係る申請を委任します。			本人氏名 署名

裏面も必ずご確認ください。

5. 誓約・同意事項 ※A、Bのいずれかの全ての項目を確認し、にチェック(レ)してください。

A 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。

- ① 下記の支給要件に当てはまる場合、市において算定した支給額が支給されます。市における算定の結果、0円となった場合には調整給付金は支給されません。

【支給要件】

I+II(合計額に対し1万円を最小の単位とし、これに満たない端数がある場合には切り上げた額) - III > 0となる納税義務者

- I 所得税分の所要額: 3万円×減税対象人数(※1) - 2024(令和6)年の所得税額
※1 納税義務者本人+2024(令和6)年12月31日時点の扶養親族数(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
II 個人住民税所得割分の所要額: 1万円×減税対象人数(※2) - 2024(令和6)年の個人住民税所得割額
※2 納税義務者本人+2023(令和5)年12月31日時点の扶養親族数(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
III 定額減税補足給付金(当初給付分)の額

- ② 定額減税補足給付金(不足額給付)の支給要件の該当性等を審査等するため、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る・提供することに同意します。
- ③ 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。
- ④ 添付している収入を証する書類に記載のもの以外に収入はありません。

B 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。

- ① 下記の支給要件に該当する場合、原則として**4万円(※)**が支給されます。市における確認の結果、支給要件に該当しなかった場合には調整給付金(不足額給付分)は支給されません。※令和6年1月1日時点で国外居住者であった場合には3万円

【支給要件】

以下のいずれかの条件を満たすこと

- 令和6年の所得税に係る合計所得金額及び令和6年度の個人住民税に係る合計所得金額が48万円を超える者のうち、定額減税及び定額減税補足給付金(当初給付分)の支給対象とならなかった
- 地方税法第32条第3項及び第313条第3項の規定による青色事業専従者又は同法第32条第4項及び第313条第4項の規定による事業専従者で、定額減税及び定額減税補足給付金(当初給付分)の対象とならなかった

- ② 以下のいずれにも該当しません。
・令和6年度に実施された定額減税の対象であった
・令和5年度、令和6年度に実施された低所得者世帯向け給付を受給した
・令和6年度に実施された定額減税補足給付金(当初給付分)を本人分または扶養親族等分として受給した
- ③ 定額減税補足給付金(不足額給付)の支給要件の該当性等を審査等するため、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る・提供することに同意します。
- ④ 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。

添付書類

- 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』
- 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』
- 『令和6年の所得税の源泉徴収票または確定申告書の写し(コピー)』

Aに該当する方

- 『定額減税補足給付金(不足額給付)の支給確認書の写し(コピー)、支給決定通知書など』

Bに該当する方

- 『事業主の令和6年の所得税確定申告書または青色事業専従者に関する届出書の写し(コピー)等』 ※青色事業専従者または事業専従者の方のみ

※【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