

価格高騰重点支援給付金(拡大給付均等割のみ課税世帯)申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯の場合)

霧島市  
受付印

霧島 市長殿

2ページ目の【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	性別	生年月日	現住所
〇〇〇〇 〇〇〇〇	男	大正 昭和 平成 令和 55年10月10日	〇〇市〇〇町〇〇-〇 電話 ××××(××) ××××

2. 申請者が属する世帯の状況

- 〇 令和5年1月1日時点の住所が、現住所と異なる方は、令和5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。
- 〇 令和5年12月1日時点の世帯の全ての構成員について記載(令和5年12月2日以降に生まれた新生児も記載します。)しますが、既に受給済の価格高騰重点支援給付金(拡大給付均等割のみ課税世帯)子ども加算分の対象となった構成員については記入の必要はありません。
- 〇 令和5年12月1日時点で世帯主と同一の住民基本台帳に記載されていないが、生計が同一である18歳以下の子ども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	性別	生年月日	住所	異なる場合の住所を記載	令和5年度 住民税課税状況
(申請者) 〇〇〇〇 〇〇〇〇	本人	男	大正 昭和 平成 令和 55年10月10日	〇〇市〇〇町〇〇-〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	<input type="checkbox"/> 非課税 <input checked="" type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告
〇〇〇〇 〇〇〇子	妻	女	大正 昭和 平成 令和 8月1日	〇〇市〇〇町〇〇-〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告
〇〇〇〇 〇〇〇男	長男	男	大正 昭和 平成 令和 2月1日	〇〇市〇〇町〇〇-〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input checked="" type="checkbox"/> 未申告
			大正 昭和 平成 令和 月 日	〇〇市〇〇町〇〇-〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告
			大正 昭和 平成 令和 月 日	〇〇市〇〇町〇〇-〇	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告

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。

※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 (右詰めでご記入ください。)	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。
〇〇銀行 金融機関コード	〇〇支店 支店コード	普通 2当座	●●●●●●●●●●	〇〇〇〇

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		

※ 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、霧島市保健福祉政策課(電話64-0904)にお問い合わせください。

裏面も必ずご確認ください

4. 代理人の方が申請・受給をする場

代理人による申請・受給の場合のみ

(フリガナ) 代理人氏名		世帯主との関係	現住所
		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ( )
上記の者を代理人と認め、 価格高騰重点 支援給付金の	<input type="checkbox"/> 申請・請求 <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請・請求及び受給	を委任します。 ←法定代理の場合は、委任方法の 選択は不要です。	世帯主氏名  自署または記名押印  法定代理人への委任の場合は記入不要です。

↑上記のいずれかにチェックを入れてください。

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、口にチェック(レ)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。

- 価格高騰重点支援給付金(拡大給付均等割のみ課税世帯)(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。
- ア 世帯の全員が、令和5年度住民税所得割が非課税である。

イ 世帯員の中に令和5年度住民税均等割のみが課税されている者を含む世帯である。

ウ 世帯の全員が、令和5年度住民税均等割が課税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。

エ 世帯の中に、租税条約による免除の適用を届け出ている者はいない。
  - 世帯の中に、住民税所得割課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
  - 令和5年12月22日以降に同様の給付金(均等割のみ課税世帯に10万円、子ども1人当たり5万円)を受けた世帯ではありません(令和6年1月29日以降に出生した新生児に係る子ども加算分を除く)。
  - 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、霧島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。
  - 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。
  - この申請書は、霧島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。
  - 霧島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、令和6年5月31日までに、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。
  - 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

- 価格高騰重点支援給付金(拡大給付均等割のみ課税世帯)申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯の場合)(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(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(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。  
※令和5年度価格高騰重点支援給付金の受取口座と同一の場合、提出の必要はありません。
- (「住所」欄が「R5.1.1時点で現住所と異なる」に該当する方全員分)  
令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する『令和5年度住民税課税証明書』の写し(コピー)
- 『その他、必要と思われる書類』  
※基準日時点で世帯主と別居中であったことなどが明らかになる書類等

※【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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 申請者氏名 ○ ○ ○ ○

# 記入例

## 価格高騰重点支援給付金(拡大給付均等割のみ課税世帯)申請書(請求書) (申請を必要とする世帯の場合)

霧島市  
受付印

霧島 市長殿

世帯主の方を申請者と  
してください。

の【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。

申請者(世帯主)

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
○○○	男	大正昭和平成・令和 55年10月10日	○○市○○町○○-○ 電話 ××××(××) ××××
○○ ○○	女		

### 2. 申請者が属する世帯の状況

- 令和5年1月1日時点の住所が、現住所と異なる方は、令和5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。
- 令和5年12月1日時点の世帯の全ての構成員(申請者(世帯主)を除く)の出生(申請者(世帯主)の出生以降に生まれた新生児も記載します。)しますが、既に受給済の価格高騰重点支援給付金(拡大給付均等割のみ課税世帯)の世帯に加入した構成員については記入の必要はありません。
- 令和5年12月1日時点で世帯主と同一の住所を有する18歳以下の子どもがいる場合は記載してください。

申請者の住所と異なる  
方は、住所を記入して  
ください。

申請者が属する世帯の  
方全員を記入してくだ  
さい。

フリガナ 氏名	申請者との続柄	性別	生年月日	住所	異なる場合の住所を記載	令和5年度 住民税課税状況
(申請者)	本人			<input type="checkbox"/> 上記住所と同一 <input type="checkbox"/> 上記住所と異なる <input checked="" type="checkbox"/> R5.1.1時点で現住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.12.2以降出生	○○県○○市○○町○○	<input type="checkbox"/> 非課税 <input checked="" type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告
○○ ○○ ○○ ○子	妻	女	大昭和・平令 54年 8月1日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同一 <input type="checkbox"/> 上記住所と異なる <input checked="" type="checkbox"/> R5.1.1時点で現住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.12.2以降出生	○○県○○市○○町○○	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告
○○ ○○ ○	同居	男	大昭和・平令 6年 2月1日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同一 <input type="checkbox"/> 上記住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.1.1時点で現住所と異なる <input checked="" type="checkbox"/> R5.12.2以降出生		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input checked="" type="checkbox"/> 未申告
			平令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同一 <input type="checkbox"/> 上記住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.1.1時点で現住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.12.2以降出生		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告
			大昭和・平令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同一 <input type="checkbox"/> 上記住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.1.1時点で現住所と異なる <input type="checkbox"/> R5.12.2以降出生		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 均等割のみ課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 <input type="checkbox"/> 未申告

該当するものに✓を記入  
してください。

### 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。

※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 (右詰めでご記入ください。)	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。
○○ ○○ 1.銀行 5.農協 2.信用 6.漁協 3.信組 7.信連連 4.信連	○○ ○○ 本支店 本支所 出張所	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		

※ 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、霧島市保健福祉政策課(電話64-0904)にお問い合わせください。

