

大町町低所得（住民税所得割非課税）世帯生活支援給付金 **こども加算金** 支給要件確認書

このことについて、令和6年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため、以下のとおり支給予定額をお知らせしますので、内容を確認して、令和6年10月31日までに、この確認書を返送して下さい。

支給方法 口座
支給日 確認書を受理した日から3週間以内
支給口座 ○〇銀行 ○〇支店 普通 9999***（口座名義）
支給額 円

※平成18年4月2日以降に出生した児童1人につき50,000円が支給されます。

■世帯主の方が記入して下さい。

確認欄（以下の項目を確認し、確認後にチェック欄（□）にレを入れてください）

大町町低所得（住民税所得割非課税）世帯生活支援給付金 **こども加算金** を受給します。

※本給付金を受給しない場合は、下欄のチェック欄□に×印をご記入ください。

【私の世帯はこども加算金を受給しません□】

※上記の回答期限までに返信がない場合及び返送した確認書に不備があり町が定める期限までに必要な修正が行われない場合、町ではこども加算金の支給を辞退したとみなします。

上記記入内容に相違ありません。

世帯主氏名		確認日	令和	年	月	日	連絡先電話番号	
-------	--	-----	----	---	---	---	---------	--

記載された口座を既に解約しているなどの理由で上記口座とは異なる口座への振込みを希望する場合や、上記口座欄が空欄の場合には、以下の欄に記入してください。

上記口座に代えて（又は上記の口座欄が空欄の場合）、下記の口座への振込みを希望します。
（通帳等の写しが必要。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】※下欄に記載の上、振込先金融機関口座確認書類を添付して下さい。

金融機関名	支店名	分類	口座番号 ※右詰めでお書き下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
1.銀行 4.信連 7.信漁連 2.金庫 5.農協 3.信組 6.漁協	本・支店 本・支所 出張所	1普通 2当座		
金融機関番号	店番号			
ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄にご記入下さい)	通帳番号 ※右詰めでご記入下さい	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい	
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・番号をお書きください。	1 0 ※			

（注）金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、大町町役場子育て・健康課子育て支援係（0952-82-3186）までお問い合わせください。

代理人申請の場合は、裏面に記入してください。

【代理確認・受給を行う場合】

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	
	代理人氏名		明治・大正・昭和・平成 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、 給付金の (確認・請求 受給 確認・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	署名	