

☆Português

整理番号・WEB申請用番号 ↑

湖西市定額減税補足給付金のご案内

☆Prazo para a entrega: 31 de outubro de 2024

※提出締め切り日までに返送がない場合は、本給付金の支給を辞退したものとみなします。

給付金の概要

本通知に基づき湖西市定額減税補足給付金の支給を受ける方は、別添の確認書の提出またはWEB申請が必要となります。
本通知書は給付金の振り込みが完了するまで、お手元で保管してください。

支給対象者	基準日（令和6年1月1日）において湖西市に住民登録又は湖西市で令和6年度の住民税の課税がされており、定額減税の対象となる方のうち以下の要件を全て満たす方 ①定額減税可能額が、令和6年分の推計所得税額又は令和6年度の住民税所得割額を上回る方 ②納税義務者本人の合計所得金額が1,805万円以下の方
支給額(算出式)	①所得税定額減税可能額 3万円×（本人＋扶養親族数）－ 令和6年分推計所得税額 ②住民税所得割定額減税可能額 1万円×（本人＋扶養親族数）－ 令和6年度住民税所得割額 支給額＝①＋②（1万円単位で切り上げて支給） ※推計所得税額：令和6年度の住民税の課税情報を基に、国が提供する算定ツールにて算出 令和6年分所得税額が確定した際に給付金額に不足が生じた場合、令和7年度以降に追加給付
支給方法	口座振込
支給日	確認書や添付書類を確認、審査完了後、1ヶ月を目途に順次入金

☆Valor do pagamento (benefício) 円 ※詳細内訳は別添確認書を参照ください。

☆Modo de inscrição

☆No caso de envio por correspondência Por favor, preencha os dados necessários no formulário de confirmação em anexo, coloque no envelope resposta e nos envie junto com os documentos necessários.

☆No caso de inscrição pela Web
Faça a leitura do código de barra QR à direita, entre na página de inscrição e preencha os dados.



☆Informações : Centro de chamadas para informações do subsídio de Kosai
Dias úteis da semana 9:00～17:00 053-576-4923

23

定額減税補足給付金支給 確認書

提出用

湖西市長あて

整理番号・WEB申請用番号 ↑

支給額 (算出式)

支給額を確認し、
下記署名欄へご記入ください。

※「扶養親族数」には、控除対象配偶者、16歳未満の扶養親族を含みます。
(国外居住者は除く)

WEB申請時は右の
二次元コードを読取



所得税	定額減税可能額 円 (本人＋扶養人数)×3万円	－	令和6年分 推計所得税額(減税前) 円	=	1 所得税分控除不足額 円
住民税 所得割	定額減税可能額 円 (本人＋扶養人数)×1万円	－	令和6年度 住民税所得割額(減税前) 円	=	2 住民税所得割分控除不足額 円

控除不足額 計 (1 + 2) = 円 ☆Valor do pagamento (benefício)

額 (1万円単位で切り上げ)

※各数値について重大な相違を認める場合には、相違のある部分に二重線で訂正し、相違のあることが分かる関係書類（源泉徴収票、確定申告書、納税通知書、特別徴収税額通知書等）のコピーをご提出ください。
※令和6年分所得税額が確定した際に給付金額に不足が生じた場合は、当該不足金額を令和7年度以降に追加給付する予定です。

☆Conta bancária para o recebimento do 字がない場合、また別の口座への振り込みを希望する場合は、入の上、添付書類と合わせて提出又はWEB申請をしてください。

□ 座	
-----	--

☆Linha para a assinatura

☆Os dados acima estão corretos.

☆Data da entrega
令和6年 月 日

☆Nome da pessoa enquadrada no benefício.

☆Número de telefone

※支給対象者の氏名

記入例1 参照

振込先口座の新規登録、変更、代理人による受取の場合は必ず裏面をご確認ください

☆Prazo para a entrega: 31 de outubro de 2024

KYKA

22,000円

24.07

☆Se na frente não está escrito a conta bancária, só preencha no caso de desejar alterar a conta bancária

口座情報をご記入の上、必ず添付書類を同封してください。
※添付書類は下記を参照し、①②の両方を同封してください。
※原則支給対象者の口座に限ります。支給対象者と異なる口座名義人の場合は、必ず「口座名義人が支給対象者と異なる場合」の欄に記入してください。

☆Nome do titular da conta bancária (leitura em Katakana)			☆Tipo da conta(normal・especial)	
☆Nome do banco	☆Código do banco	☆Nome da agência	種別	☆Número da conta
銀行 金庫 信組 農協 漁連		店 本店 支店 本所 支所	普通 当座	

口座名義人が支給対象者と異なる場合

支給対象者以外が受給する場合に限り、ご記入ください。
支給対象者・代理人両方の本人確認書類のコピーを同封してください。
※成年後見人が代理で受給する場合は、登記事項証明書のコピーを同封してください。

代理人	フリガナ	支給対象者との関係	代理人 生年月日	代理人住所 電話番号
	代理人氏名		明治 大正 昭和 平成	
			年 月 日	
上記の者を代理人と認め 湖西市定額減税補足給付金の受給を委任します。				日中に連絡可能な電話番号 ()
				支給対象者署名 (または記名押印)

記入例3 参照

☆Sobre os documentos necessários a anexar

☆①Cópia do documento que comprove os dados da conta bancária (Para aqueles que desejam cadastrar uma nova conta bancária)
Por favor, nos enviem a cópia da capa e primeira página da caderneta do banco, que descreve o nome do banco e da agência, número da conta, e nome do titular da conta(em katakana))

☆②Cópia frente e verso do documento de identidade da própria pessoa
Enviar cópia de um dos seguintes documentos de identidade válidos. Ex: carteira de motorista, cartão do my number, cartão do seguro de saúde, caderneta da aposentadoria, zairyucard, etc.

コピーを同封してください。

証明書

定額減税補足給付金支給 確認書 記入例

ボールペンでご記入ください。消せるボールペンや鉛筆等の消えやすい筆記用具によるご記入はおやめください。

記入例1

署名欄

上記内容に相違ありません。

届出日	支給対象者氏名	日中連絡可能な電話番号
令和6年 8 月 20 日	湖西 太郎	090-1234-5678

※支給対象者氏名 湖西 太郎 様

支給対象者の氏名を記入

記入例2

表面の口座の記載がない場合、口座を変更する場合のみご記入ください

口座名義人 (カナ)		コサイ タロウ		☆Se error, coloque 2 riscos horizontais em cima do erro.	
金融機関名	金融機関コード	支店名(店名)	店番号(店)	種別	口座番号(右詰めで)
湖西市 銀行 金庫 信組 農協 漁連	1 2 3 4	湖西 店 本店 支店 本所 支所	1 2 3 4	普通 当座	0 1 2 3 4 5 6

☆No caso do número do correio, escrever 「9900」 (No caso do número do banco do correio, escrever 「9900」)

ゆうちょ銀行の場合
通帳の見開きページの下部にある受取口座情報をご記入ください。

記入例2

口座名義人が支給対象者と異なる場合

代理人	フリガナ	支給対象者との関係	代理人 生年月日	代理人住所 電話番号
	代理人氏名		明治 大正 昭和 平成	
	コサイ ハナコ		12 年 3 月 4 日	
上湖西	湖西 花子	子		日中に連絡可能な電話番号 053 (576) 4536
代理受給する方が ご記入ください				支給対象者署名 (または記名押印)
				湖西 太郎

支給対象者の方が
ご署名又は記名押印