

☆Português

整理番号・WEB申請用番号 ↑

湖西市定額減税補足給付金(不足額給付①)のご案内

提出締め切り日は令和7年10月31日(金)までです。

☆Prazo para a entrega: 31 de outubro de 2025

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(不足額給付①)の支給を受ける方は、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	【令和7年1月1日(基準日)に湖西市に住民登録があり、次のいずれかの要件に該当する方】 ○定額減税補足給付金(調整給付)の所要額に不足が生じている方 【注意事項(対象とならない方)】 ○定額減税前の令和6年分所得税額及び令和6年度分個人住民税所得割額が、ともに0円の方は、対象外です。 ○所得税及び個人住民税において既に4万円の定額減税を受けている方、又は合計所得金額1,805万円超の方は、定額減税補足給付金(不足額給付)の対象外です。 (給付対象となる具体例) ・令和5年の所得に比べ、令和6年の所得が減少した方 ・子どもの出生等により、扶養人数が増えた方等 ※上記の例に該当する場合でも、定額減税補足給付金に不足額が生じない方は対象外です。
支給額(算出式)	支給確認書を参照ください
支給方法	☐ 口座振込
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
額	円 ※詳細内訳は支給確認書を参照ください。

☆Valor do pagamento (benefício)

申請方法

☆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.



【お問い合わせ先】 湖西市給付金コールセンター TEL: 053-576-4923
期間: 令和7年10月31日(金)まで 時間: 平日 9:00~17:00

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

定額減税補足給付金(不足額給付①)支給確認書

提出用

湖西市長あて

支給額を確認し、下記署名欄へご記入ください。

整理番号・WEB申請用番号 ↑

支給額
(算出式)

WEB申請は右の
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年分所得税額 円	=	控除不足額 ① 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年度分 住民税所得割額 円	=	控除不足額 ② 円
合 計	控除不足額① 円	+	控除不足額② 円	= 合計 ③ (所要額) 円
支給額	③を1万円単位に 切り上げ 円	-	当初調整給付 支給済 円	= 不足額給付支給額 円

☆Valor do pagamento (benefício)

※「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)
※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を付して手書きで訂正し、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。

署名欄

※記入例1参照

署名欄は必ずご記入してください。

☆Linha para a assinatura

上記内容に異議ありません。

☆Os dados acima estão corretos.

確認日	支給対象者氏名(署名)	日中連絡可能な電話番号
令和7年 月 日		

☆Data da entrega

☆Nome da pessoa enquadrada no benefício.

☆Número de telefone

受取口座

☆Conta bancária para o recebimento do

振り込みを希望する場合は、裏面へ
申請をしてください。

KYKA

22,000枚

24.07

※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**

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

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です。支給対象者と異なる口座名義人の場合は、以下代理人記入欄もご記入ください。

☆Nome do titular da conta bancária (leitura em Katakana)

☆Tipo da conta(normal・especial)

☆Nome do banco

☆Código do banco

☆Nome da agência

☆Número da conta

☆Comece a escrever pela direita

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 ()

※記入例3参照

☆Sobre os documentos necessários a anexar

添付書類は返信用封筒に同封してください。

※貼付は必要ありません。

WFC申請の場合はスマートフォンで通帳・身分証明書の写真を撮影してください。

☆①Cópia 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.

② 口座が確認できる書類のコピー (※新たに口座情報を登録する方のみ)

☆②Cópia 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))

通帳表紙 裏側

定額減税補足給付金(不足額給付①)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7年 8 月 20 日	湖西 太郎	090-1234-5678
※支給対象者氏名 湖西 太郎 様		

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	
金融機関名	金融機関コード	支店名(店名)	口座番号(右詰め)
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 5 6

☆Se error, coloque 2 riscos horizontais em cima do erro.

☆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。

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 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 ()

代理受給する方が
ご記入ください

支給対象者の方が
ご署名又は記名押印