

☆English

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ます。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。

口座名義人 (カ ナ)					
金融機関名	金融機関コード	支店名(店名)	店番(店番)	種別	口座番号(右詰め)
銀行 金庫 信託 郵便 決済		自 本 支 店 本 所 支 所		普通 当座	

※記入例2参照

☆Submission Deadline: October 31, 2025

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 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	代 理 人 住 所 電 話 番 号
	代理人氏名			
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。			F中に連絡可能な電話番号 ()	

※記入例3参照

☆Grant Amount

☆Application Methods

☆ For Mail Applications Please fill in the required information on the separate confirmation form, and return it along with the attached documents in the enclosed reply envelope.

☆For Web Applications Please scan the QR code on the right to proceed to the application screen.

☆Inquiries : Kosai City Grant Call Center
Weekdays 9:00~17:00 053-576-4923

定額減税補足給付金(不足額給付②)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	☆Grant Amount	電話番号
令和7年 8 月 20 日	湖西 太郎	3268	678

※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		書き換えた場合は、二重線で消してください。	
金融機関名	金融機関コード	支店	店番	種別	口座番号(右詰め)
銀行 金庫 信託 郵便 決済		湖西 太郎	3 4	普通	4

☆Signature Line

☆The above information is correct.

ゆうちょ銀行の場合
「9900」をご記入ください。

☆Date of Notification

☆Name of the Grant Recipient

☆Phone Number

口座名義人が支給対象者と異なる場合

☆Recipient Account

代 理 人	代理人氏名	支給対象者 との関係	代理人 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	代 理 人 住 所 電 話 番 号
	コサイ ハナコ			
湖西 花子			子	12年 3 月 4 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。			支給対象者氏名 (または記名押印) 湖西 太郎	

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

☆Please fill in only if the account is not listed on the front or if you are changing the account.

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ます。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。

☆Account Holder Name (Katakana)

☆Account Type
(Savings/Checking)

☆Bank Name

☆Bank Code

☆Branch Name
(Branch Code)

☆Account Number
Right-aligned

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

☆About Attached
Documents

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。

※貼付が必要な場合は、以下の通り添付書類の写真を撮影してください。

☆①Copy of Identity Verification Documents

Please enclose a copy of a valid driver's license, My Number card, health insurance card, pension book, residence card, etc.

☆②About Attached Documents (For those registering account information anew)

A copy of the document that verifies the account. Please enclose a copy of a bankbook that shows the bank name, account number, and account holder name (in Katakana).

定額減税補足給付金(不足額給付②)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			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		書き損じた場合は、二重線で消してください。	
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)
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

☆For Japan Post Bank, please write "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3

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
	コサイ ハナコ		明治 大正 昭和 平成 12 年 3 月 4 日	湖西市吉美3268番地 日中に連絡可能な電話番号 053 (576) 4536
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。			支給対象者署名 (または記名押印) 湖西 太郎	

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