

<特別定額給付金の申請は、本申請書の郵送のほか、マイナポータル上でのオンライン申請も可能です>

## 特別定額給付金申請書

申請日	令和 2 年 〇 月 〇 日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村	
福 島 町 長 殿	

① 申請(郵送)の日を記載してください。

市区町村  
受付印

### 〇 世帯主(申請・受給者)

(フリガナ) 氏 名	生年月日	現 住 所
フクシマ タロウ 福島 太郎	昭和〇〇年〇月〇日	北海道松前郡福島町 字〇〇△△番地 日中に連絡可能な電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

※記名押印に代えて署名することができます。

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。

② 「氏名」「生年月日」「住所」を確認し、「**連絡先電話番号**」を記載してください。

市区町村が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、

- ③ 申請受付開始日から3ヶ月後の申請期限までに、市区町村が、申請・受給者(代理人も含みます。)に連絡・確認できない場合には、市区町村は当該申請が取り下げられたものと見なします。

③ 世帯員に誤りがないか確認をしてください。誤りがあれば、**赤ペンで訂正**をお願いします。

市区町村には、返還をしていただきます。

もし記載に誤りがあれば、**朱書き**で訂正してください。

※特別定額給付金を希望されない方については、以下のチェック欄(□)に×印を御記入ください。

	氏 名	続柄	生年月日	希望しない		氏 名	続柄	生年月日	希望しない
1	福島 太郎	世帯主	昭和〇〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/>	7				<input type="checkbox"/>
2	福島 花子	妻	昭和〇〇年〇月〇日	<input type="checkbox"/>	8				<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	9				<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	10				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

④ 給付金の希望について、「**希望しない**」場合は、チェックをしてください。

⑤ 給付を希望される世帯員の人数 × 100,000円の金額を記入してください。

合計金額 **200,000** 円

<<裏面も記入>>

