

EXEMPLO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO

申請書 記入例

Preencher a data de solicitação.

Escrever o nome do chefe de família, data de nascimento, endereço atual, número de telefone, carimbo ou assinatura.

Favor confirmar as pessoas qualificadas. Para aquele que desejar o benefício, faça um check dentro do escrito [Desejo [希望する]], caso não desejar o benefício, faça um check dentro do escrito [Recuso [辞退する]].

Favor fazer um check no modo de pagamento que deseja. (A princípio, será depositado na conta da instituição financeira, caso não houver nenhuma circunstância especial).

Preencher a conta bancária para receber o benefício.

※特別定額給付金の申請は、本申請書の郵送のほか、マイナンバーカード上のオンライン申請も可能です。>

申請日 令和2年 月 日
四日市市長 あて

特別定額給付金申請書

市区町村
交付印

○世帯主(申請・受給者) ※別名押印に代えて署名することができます。

氏名 (フリガナ) ヨツカイチ タロウ	生年月日 昭和60年10月1日	現住所 四日市市諏訪町1-5
四日市 太郎	60年10月1日	日中に連絡可能な電話番号 ●●●●●●●●●●

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- ①受給資格の確認にあたり、公簿等で確認を行うことがあります。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込が完了せず、かつ、申請期限までに、市区町村が申請・受給者(代理人を含みます。)に連絡・確認できない場合には、市区町村は当該申請が取下げられたものとみなします。
- ③一定の事由に該当する方が給付対象者に含まれる場合、下記の金額より減額される場合があります。
- ④他の市区町村で特別定額給付金を受給した場合や、給付対象者のうち世帯主以外の方が、一定の事由により特別定額給付金を受給していることが判明した場合には、返還させていただきます。

いずれかのチェック欄に()を記入してください。記入がない場合は、「希望する」として扱います。

○給付対象者(下記の記載内容をご確認ください。もし記載内容に誤りがあれば、朱書きで訂正してください。)

氏名	続柄	生年月日	特別定額給付金を
1 四日市 太郎	世帯主	昭和60年10月1日	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
2 四日市 花子	妻	平成2年4月1日	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
3 四日市 直子	子	令和元年12月31日	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
4			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
5			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
6			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
7			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
8			<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 辞退する
合計金額	300,000円		←辞退者がある場合は、左の金額を二重線で消し、朱書きで金額を訂正してください。(訂正されていない場合でも、辞退者を除いた金額が給付額となります。)

○受取方法(希望する受取方法(下記A又はB)のチェック欄()に()を記入して、必要事項を御記入ください。)
指定の金融機関口座(申請・受給者又はその代理人の名義人の口座に限ります。)への振込を希望
(受取口座記入欄)(長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

金融機関名称 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでご記入ください)	フリガナ 口座名義
四日市	諏訪	1. 普通 2. 当座	●●●●●●●●●●	ヨツカイチ タロウ 四日市 太郎
銀行コード	支店コード			

ゆうちょ銀行	通帳記号(6桁目がある場合は※欄にご記入ください)	通帳番号 (右詰めでご記入ください)	フリガナ 口座名義
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		

B 特別な事情により、後日、窓口での給付を希望(金融機関の口座がない方や金融機関から等しく離れた場所に住んでいる方等)

【代理申請(受給)を行う場合】 ※記名押印に代えて署名することができます。

代理人 (フリガナ)	代理人氏名	代理人生年月日	代理人住所
		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、特別定額給付金の	申請・請求 受給 申請・請求及び受給	を委任します。 ← 法定代理人の場合は、委任方法の選択は不要です。	世帯主氏名

※ Colar a cópia do documento de identificação do solicitante e da confirmação da conta bancária da instituição financeira no verso do formulário de solicitação.