

令和5年度 高知県南国市

電力・ガス・食料品等価格高騰緊急支援給付金 均等割のみ課税世帯向け(10万円/1世帯あたり) こども加算(5万円/対象児童1人あたり)



給付金を受給するためには、手続きが必要です！
令和6年8月31日までに、返信用封筒で返送してください。

均等割のみ課税世帯給付(10万円/1世帯あたり)

- ・令和5年12月1日時点で南国市に住民票の登録があること
- ・世帯の中に令和5年度住民税所得割課税者を含めないこと
- ・世帯の全員が令和5年度住民税非課税でないこと

※令和5年度高知県南国市電力・ガス・食料品等価格高騰緊急支援給付金(7万円)の支給対象だった世帯は対象外です。

対象要件 給付金額

こども加算(5万円/対象児童1人あたり)

均等割のみ課税世帯給付の対象世帯に属する平成17年4月2日以降生まれの児童であること

※令和6年5月以降に出生した児童や、学校の寮等に入っているが世帯主と生計を同一にする児童などは、支給額に反映されていない場合があります。追加でこども加算の申請が必要となるため、コールセンターへご連絡ください。

支給時期 南国市が確認書を受理した後、約3週間で支給します

提出期限 **令和6年8月31日** (消印有効) ※窓口受付は17時15分まで

裏面の記入例をご確認の上、正確にご記入ください！

書類に不備があった場合、南国市緊急支援給付金事務処理センター
(電話番号0120-440-460)から、ご連絡いたします。

お問い合わせ先

南国市給付金コールセンター

電話番号 0120-522-198
受付時間 平日・土日祝 8:30~20:00

福祉事務所 地域福祉支援係

場所 南国市役所1階9番窓口
受付時間 平日 8:30~17:15

確認書の記入方法

表面

〒783-XXXX
南国市大桶甲 2301 番地

令和

高知県南国市長

平山 耕三

給付金 太郎 様

令和5年度 高知県南国市電力・ガス・食料品等価格高騰緊急支援給付金 (均等割のみ課税世帯10万円・子ども加算)支給要件確認書

本給付金に、令和5年度市町村民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当すると思われるため、以下のとおり、支給予定額を決定いたします。以下の内容を確認の上、令和6年8月31日(消印有効)までに、この確認書を同封の返信用封筒で

必ず宛名と同じ名前(令和5年12月1日時点の世帯主氏名)を記入してください

■ 1. 確認

下記の内容を

- 世帯の令和5年度市町村民税所得割が課税となる所得があるのに申告していない者はいません。
- 令和5年度市町村民税の均等割のみ課税世帯(均等割のみ課税世帯)であり、住民税が課税されている者の被扶養者のみの世帯ではありません。
- 世帯の租税条約による住民税の免除を届け出ている者はいません。
- 他の市町村から、この給付金と同様の給付金を受給した世帯主、もしくは世帯員であった者のみで構成される世帯ではありません。
- 下記の条件に、全て同意します。
 - 上記①から④のいずれか1つでも当てはまらない場合は、支給要件に該当せず、給付金を受け取れないこと。
 - 要件に該当しないことが判明した場合は、南国市に給付金の返還を求める場合があること。
 - 意図的に記載をした場合は、不正受給として詐欺罪に問われる場合があること。

上記の内容に、すべて該当します。

世帯主氏名	給付金 太郎	確認日	令和 6 年 6 月 7 日	連絡先電話番号	090-XXXX-XXXX
-------	--------	-----	----------------	---------	---------------

※ 2. の支給口座に振込を希望する場合は、記入はここで終了です。添付書類も不要です。

※ 代理人が世帯主が変わって給付金を受給する場合は、裏面の 4. も記入してください。

■ 2. 支給口座(空欄になっている場合は、■ 3. に振込先の口座を記入してください。)

支給方法 口座振込
支給日 確認書を受取した日から約3週間
支給額 100,000 円 (100,000 円を超える場合は、児童一人あたり50,000 円の子ども加算が含まれています)
支給口座 分類 口座番号 口座名義

■ 3. 上記の支給口座が空欄になっている場合、または支給口座を変更する場合は下記を記入してください。

金融機関名	支店名	分類	口座番号	口座名義(カナ)
XX 銀行 支店 番号	XX 本支店 番号	支店 番号	1234	キュウフキン ハナコ
金融機関番号	店番号	2. 当座		

※ 記入した金融機関口座の通帳またはキャッシュカードのコピーを裏面に添付してください。

※ 金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受け取りができない場合は、給付金コールセンター(0120-522-198)へご連絡ください。

※ 返送期限(令和6年8月31日)までに返送がない場合は、本給付金の受給を辞退したとみなしますので、給付を受給する方はお早めにご返送ください。

(B Z K 0 4 0 5 F)

裏面

■ 4. 世帯主に代わって代理人を受給する場合は記入してください

フリガナ氏名	世帯主との関係	代理人の生年月日	代理人の住所
キュウフキン ハナコ 給付金 花子	妻	大正 昭和 平成 50年 5月 5日	南国市 XXX 町 XXX 番地 電話番号 090-XXXX-XXXX
上記を代理人と認め、本給付金の受給を委任します。			世帯主氏名 署名または記名押印 給付金 太郎

世帯主の本人確認書類と、代理人の本人確認書類のコピーを下記に添付してください。

■ 1. 必須

世帯主が、氏名(フリガナ)、確認日(書類を記入する日)、電話番号を記入してください。

■ 2. 要確認

印刷されている支給口座への振込を希望する場合は、記入は終わりです。添付書類も不要です。

口座が空欄になっている場合や支給口座を変更する場合は、■ 3. に続きます。

■ 3. 口座が空欄の場合や、支給口座を変更する場合

振込を希望する金融機関口座を記入してください。

※こちらを記入した場合、通帳やキャッシュカードのコピーを添付してください。

■ 4. 世帯主以外が給付金を受け取る場合

代理人が給付金を受給する場合は、記入してください。

※世帯主の署名または記名押印が必要です。

※世帯主と代理人の本人確認書類のコピーが必要です。