

令和5年度低所得者の子育て世帯に対する佐川町価格高騰重点支援給付金（こども加算）

申請書（請求書）

申請日	令和 ○年 ○月 ○日
佐川町長 様	

【申請期限】
令和6年5月31日（金）

記入例

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者（世帯主）

（フリガナ） 氏 名	性別	生 年 月 日	現 住 所
サカワ タロウ 佐川 太郎	男	大正 昭和・平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日	佐川町甲○○番地○ 電話番号 XXXXX (XX) XXXXX

2. 申請者が属する世帯の状況

	（フリガナ） 氏 名	申請者との 続柄	性別	生 年 月 日	基準日（令和5年12月1日）時点の住所
1	（申請者）				
2	サカワ ハナコ 佐川 花子	妻	男 女	大正 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	同上
3			男・女	昭和 平成 年 月 日	
4			男・女	大正 昭和 平成 年 月 日	

3. 申請者が属する世帯の児童の状況

この申請における「児童」とは、基準日（令和5年12月1日）時点において、世帯内で扶養（同一生計である）している18歳以下（平成17年4月2日生まれ以降）の者を指します。ただし、基準日の翌日以降に出生した児童を含みます。

No	（フリガナ） 児 童 氏 名	申請者との 続柄	性別	生 年 月 日	児童の状況	住所 （別居の場合）	生計同一 確認欄
1	サカワ イチロウ 佐川 一郎	子	男 女	平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	☒ 同一世帯でないが扶養している（別居監護等） ☐ 基準日（令和5年12月1日）の翌日以降に出生	高知市○○町○○番地	☒
2	サカワ サクラコ 佐川 桜子	子	男 女	平成 令和 ○ 年 1 月 9 日	☐ 同一世帯でないが扶養している（別居監護等） ☒ 基準日（令和5年12月1日）の翌日以降に出生		☒
3			男・女	平成 令和 年 月 日	☐ 同一世帯でないが扶養している（別居監護等） ☐ 基準日（令和5年12月1日）の翌日以降に出生		☐
4			男・女	平成 令和 年 月 日	☐ 同一世帯でないが扶養している（別居監護等） ☐ 基準日（令和5年12月1日）の翌日以降に出生		☐

4. 振込口座 ※次の口座のうち、本給付金の振込を希望する口座にレ点をいれてください。

- ☐ ①世帯主名義の公金受取口座への振込を希望します。（マイナポータルから公金受取口座を登録していることが必要です。）
- ☐ ②令和5年度佐川町子育て世帯物価高騰対策生活支援給付金受取口座への振込を希望します。
- ☒ ③下記の口座への振込を希望します。（下欄に記載のうえ、振込先確認書類を添付してください。）

【受取口座記入欄】

金 融 機 関 名	支店名	分類	口座番号 （右詰めでお書きください。）	口座名義（カナ） ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
○○	本 支店 本・支所 出張所	普通	1 2 3 4 5 6 7	サカワ タロウ
金融機関コード	支店コード	2当座		
ゆうちょ銀行	通帳記号 （6桁目がある場合は ※欄にご記入下さい）	通帳番号 （右詰めでご記入下さい）	口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせて下さい	
ゆうちょ銀行を選ばなかった場合は、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・番号をご記入下さい。	1 0			

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、佐川町健康福祉課（0889-22-7705）にお問い合わせください。

裏面も必ずご確認ください

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、☐にチェック（レ）してください。

☒ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

私の世帯は、令和5年度非課税世帯に対する佐川町価格高騰重点支援給付金（こども加算）（以下「給付金」という。）の支給要件（※）に該当します。

※ 給付金の支給対象となるためには、以下の要件を全て満たすことが必要です。

ア 基準日（令和5年12月1日）時点で、佐川町に住民登録がある。

項目を確認し、☐に✓を記入してください。

① イ 世帯の全員が、令和5年度住民税非課税又は均等割のみ課税世帯である。

ウ 世帯の全員が、令和5年度住民税均等割が課されている他の親族等の扶養を受けている世帯ではない。

（注）住民税における取扱いとして、扶養を受けているか分からないときは、両親や子ども等、家族に確認してください。

エ 世帯の中に、租税条約による住民税の免除の適用を届け出ている者がいない。

オ 世帯の中に、扶養している（同一生計である）18歳以下（平成17年4月2日以降令和6年3月31日生まれ）の児童がいる。

② 世帯の中に、住民税が課税となる所得があるのに未申告である者はいません。

③ 既に他の自治体で同様の給付金の支給を受けた世帯又は当該世帯の世帯主であった者を含む世帯ではありません。

給付金の支給要件を満たすかどうかの審査を受けるため、本町が必要な住民基本台帳、税情報等の公簿等の確認を行う

④ ことや他の行政機関等に必要な資料の提供を求める・提供することに同意します。また、公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

⑤ この申請書は、町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。

⑥ 町が支給決定をした後、申請書（請求書）の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和6年5月31日までに、町が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。

⑦ 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

提出書類

必要書類を確認し、☐に✓を記入してください。

☒ 『令和5年度低所得者の子育て世帯に対する佐川町価格高騰重点支援給付金（こども加算）申請書（請求書）』（本書）

※ 必要事項をご記入ください。

☒ 『申請・請求者（世帯主）の本人確認書類の写し（コピー）』

※ 申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）、年金手帳、パスポート等の写し（コピー）をご用意ください。

☒ 『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』（振込口座が表面「③」の方のみ）

※ 通帳やキャッシュカードの写し（コピー）など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し（コピー）をご用意ください。

☒ 『申立書（様式第1号別紙）』（表面「同一世帯でないが扶養している（別居監護等）」を選択する場合）

※ 【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。（チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。）

本申立ての内容に相違ありません。

令和 ○年 ○月 ○日

申請者氏名

佐川 太郎

内容を確認し、署名をお願いします。