

# 定額減税調整給付金(当初給付)確認書 再発行申請書

大村市長 様

受付印

令和 年 月 日

〈申請者〉

※申請者は、支給対象者、ご親族、法定代理人等に限りません。

住所

氏名

大正・昭和・平成

生年月日 年 月 日

連絡先

※日中に連絡可能な番号を記入してください。

下記のとおり、「定額減税調整給付金(当初給付)確認書」の再発行を申請します。

## ○給付金の支給対象者

※申請者と同じ場合は☑してください。

現住所		申請者 住所と同じ <input type="checkbox"/>		
大村市在住時の住所				
氏名		申請者 氏名と同じ <input type="checkbox"/>		
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	申請者 生年月日と同じ <input type="checkbox"/>	申請者との 続柄	

・本人確認書類の写し(コピー)を貼付欄に貼付してください。

### 〈本人確認書類貼付欄〉

下記の本人確認書類のうち、いずれか1つの写し(コピー)を貼付してください。

- ・運転免許証
- ・健康保険証
- ・マイナンバーカードの表面(顔写真付きの面)
- ・年金手帳
- ・介護保険証
- ・パスポート

#### 【注意事項】

※申請者と支給対象者が異なる場合は、両方の本人確認書類の写し(コピー)を貼付してください。  
(氏名、生年月日、現住所の3点が申請者情報及び支給対象者情報と一致していること。)

※申請者が親族の場合は、親族関係を証明する戸籍謄本(発行日から3か月以内)を添付してください。

※申請者が成年後見人、代理権付与の審判がなされた補佐人及び補助人の場合は、登記事項証明書(発行日から3か月以内)の写し(コピー)を添付してください。