

石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分）申請書

転入者

※ 定額減税補足給付金（不足額給付分）とは、令和6年に支給した調整給付金（当初給付分）の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額（令和6年分推計所得税額）を用いて算定したことにより、結果として支給額に不足が生じた方などに対し、当該不足する額を支給するものです。

支給市 (令和7年度個人住民税の課税市)
石垣市長 様

※本様式は、石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分）の支給対象となりうる方で、申請が必要な方が使用するものです。
※本様式を提出いただいた場合、石垣市において支給要件に該当するか審査の上で、記入いただいた現住所に審査結果を送付します。

【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。

- ① 下記の支給要件に該当する場合、これに従い市において算定した支給額が支給されます。
算定の結果、0円となった場合には石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分）は支給されません。

【支給要件】

I + II（合計額に対し、1万円を最小の単位とし、これに満たない端数がある場合には切り上げる。） - III > 0 となる納税義務者

- I 所得税分の所要額：3万円×減税対象人数※1 ー 令和6年分所得税額
※1 納税義務者本人+令和6年12月31日時点の扶養親族等（16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。）
II 個人住民税所得割分の所要額：1万円×減税対象人数※2 ー 令和6年度分個人住民税所得割額
※2 納税義務者本人+令和5年12月31日時点の扶養親族等（16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。）
III 調整給付金（当初給付分）の額

- ② 石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分）の支給要件の該当性等を審査等するため、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- ③ 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。
- ④ 添付している資料以外に収入を証する書類はありません。
- ⑤ 令和6年度に「新たに非課税（又は均等割りのみ課税）となった世帯への給付」を受給していません。

1. 申請者（本人）

(フリガナ)	性別	生年月日	現住所
氏名			
	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()

【代理申請を行う場合】

代理人	(フリガナ)	本人との関係	性別	代理人生年月日	代理人現住所
	代理人氏名				
		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()	
上記の者を代理人と認め、石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分）申請書の提出を委任します。				本人氏名	署名

裏面も必ずご確認ください

2. 振込口座（原則、本人口座とします。）

下記の口座への振込を希望します。
(通帳等の写しを同封してください。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		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. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁協 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連		本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座		※「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。
金融機関コード		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)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください
ゆうちょ銀行を選択された場合は、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 をご記入ください。	1		

提出書類

- ☐ ①『石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分） 申請書』（本書類）

☐ 誓約・同意事項
☐ 申請者（又は代理人）の氏名など
☐ 振込口座
☐ 署名
- ☐ ②『調整給付金（当初給付）の支給確認書の写し（コピー）、支給決定通知書 など』
※ 令和6年に給付された調整給付金（当初給付分）の額がわかる資料をご用意ください。
↓
受給要件に該当せず調整給付金（当初給付分）を受給していないため、上記資料をお持ちでない方は、
↓
令和6年度個人住民税分控除不足額等がわかる資料をご用意ください。
- ☐ 『令和6年度分個人住民税の納税通知書 又は 特別徴収税額通知書 などの写し（コピー）』
- ☐ ③『本人（代理人）確認書類の写し（コピー）』
※ 本人及び代理人の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し（コピー）を同封してください。
- ☐ ④『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』
※ 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）を同封してください。

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、提出書類の不備はありませんか。
(チェック漏れや提出書類の不備がある場合、審査ができません。)

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

提出期限：令和7年10月31日（金）消印有効

【お問い合わせ先】

石垣市定額減税補足給付金（不足額給付分）専用コールセンター

☎ 0120 - 84 - 0045

【受付時間】8：30～20：00（土日祝含む全日）