

価格高騰重点支援給付金(均等割のみ課税)申請書(請求書)

市区町村
受付印

支給市区町村
西 東 京 市 長 殿

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認し、世帯主を申請者として、この内容に誓約・同意の上、申請します。

世帯主を申請者として、この内容に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者(世帯主)

(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	現 住 所
〇〇〇〇 〇〇〇〇	明治・大正・昭和・平成・令和 58年 6月 1日	東京都西東京市〇〇町〇-〇-〇 電話 ××××(××)××××

2. 申請者が属する世帯の状況 ※令和5年12月1日時点の世帯の全ての構成員について記載

○ 令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する住民税課税証明書を添付して下さい。(該当者全員) 平成17年4月2日生まれ以降の場合☑してください

※住民税課税証明書の添付がない場合は、この給付金を支給することができません。

※こども加算の対象は平成17年4月2日生まれ以降

(フリガナ) 氏 名	申請者との続柄	申請者が属する世帯の方 全員を記入してください。	月1日 所 異なる場合は令和5年1月1日 時点の住所を記載	令和5年度 住民税均等割課税状況	こども 加算
1 (申請者) 〇〇〇〇	本人	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 非課税 <input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養	
2 〇〇〇〇 〇〇〇子	妻	明・大・昭・平・令 60年 12月 31日	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養	<input type="checkbox"/>
3 〇〇〇〇 〇〇太郎	子	明・大・昭・平・令 18年 1月 1日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input checked="" type="checkbox"/> 異なる	〇〇県〇〇市 〇〇町〇〇〇-〇 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養	<input checked="" type="checkbox"/>
4		明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	
5		明・大・昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 現住所と同一 <input type="checkbox"/> 異なる	<input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養	

現住所と令和5年1月1日時点の住所が異なる方は、令和5年1月1日時点の住所を記入してください。

3. 振込口座(原則、1.の申請・請求者名義の口座) ※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座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。
〇〇 1.銀行 2.金庫 3.信組 4.信連	〇〇 本支店 本支所 出張所	1普通 2当座	00000000	〇〇〇〇
金融機関コード 0000	支店コード 0000			

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・番号をご記入下さい。	1		

※ 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出来ない方は、西東京市 価格高騰重点支援給付金担当(☎042-497-6451)までお問い合わせください。

※※※ 裏面も必ずご確認ください ※※※

【署名欄】 ※必ずご記入ください。

本申請内容に相違ありません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名 ○○ ○○

【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。

価格高騰重点支援給付金(均等割のみ課税)(以下「給付金(均等割のみ課税)」という。)の支給要件(※)に該当します。
※ 給付金(均等割のみ課税)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。

- ①
ア 令和5年12月1日に西東京市に住民登録のある世帯です。
イ 令和5年度住民税非課税世帯以外の世帯であって住民税所得割が課されていない者のみで構成される世帯です。
ウ 世帯の全員が、令和5年度住民税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ありません。
- ② 世帯の中に、住民税が課せられる所得があるのに未申告である者はいません。
- ③ 既に価格高騰重点支援給付金(均等割のみ課税)の支給を受けた世帯ではありません。
- ④ 給付金(均等割のみ課税)の支給要件の該当性等を審査等するため、西東京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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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6月28日までに、西東京市が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金(均等割のみ課税)が支給されないことに同意します。
- ⑦ 給付金(均等割のみ課税)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(均等割のみ課税)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(均等割のみ課税)を返還します。
- ⑧ この申請書は、西東京市において支給決定をした後は、給付金(均等割のみ課税)の請求書として取り扱います。

提出書類

『価格高騰重点支援給付金(均等割のみ課税)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、介護保険証、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)』

※ 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・口座名義を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。

令和5年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する『令和5年度住民税課税証明書』(世帯全員分)

※ 所得割が課税されている場合は対象外になります。

※【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。)