

令和6年度低所得者支援給付金 申請書
(住民税非課税世帯への3万円給付及び子育て世帯への加算)

(あて先) 寝屋川市長

1. 申請者(世帯主)

(フリガナ)	生年月日	現住所・電話番号
氏名	明治・大正・昭和・平成・令和	
	年 月 日	電話番号()

2. 申請者が属する世帯の状況(6人以上の世帯の場合は、2枚に分けて記入してください)

※ 令和6年12月13日時点の世帯の全ての構成員について記入してください。
(令和6年12月14日以降に出生した方については、申請時点の状況を記入してください。)

	(フリガナ) 氏名	申請者 との 続柄	生年月日	令和6年1月1日以降、現住所と違うところに居住している方は、その住所を記入してください。	令和6年度 住民税 課税状況
1	(申請者)	本人	明・大・昭・平・令 年 月 日		☐ 非課税 ☐ 未申告
2			明・大・昭・平・令 年 月 日		☐ 非課税 ☐ 未申告
3			明・大・昭・平・令 年 月 日		☐ 非課税 ☐ 未申告
4			明・大・昭・平・令 年 月 日		☐ 非課税 ☐ 未申告
5			明・大・昭・平・令 年 月 日		☐ 非課税 ☐ 未申告

16歳以上の方は、令和6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提出してください。
ただし、令和6年1月1日時点で寝屋川市内にお住いの方は、提出不要です。
※ 住民税課税証明書の提出がない場合は、この給付金を支給することができません。

3. 請求する額を記入してください、

① 1世帯あたり	+	② 2万円×対象児童(※)の数 (※ 平成18年4月2日以降に生まれた児童)	=	請求額(①+②)
30,000円		20,000円×対象児童_____人		円

4. 振込口座(原則、1. の申請・請求者名義の口座)

以下のいずれか1つのチェック欄(□)にチェック(レ)を入れてください。

☐ 下記の口座への振込を希望します。

【受取口座記入欄】下欄に記入の上、通帳やキャッシュカードのコピーを提出してください。

金融機関名			支店名		分類	口座番号 ※ 右詰めで記入してください。						口座名義人(カタカナ) ※ 通帳の表記に合わせてください。	
			本・支店 本・支所 出張所		1普通 2当座								
金融機関コード		1. 銀行 2. 金庫 3. 信組 4. 信連 5. 農協 6. 漁協 7. 信漁連	支店コード										

ゆうちょ銀行	通帳記号 6桁目がある場合は ※欄に記入してください。					通帳番号 ※ 右詰めで記入してください。					口座名義人(カタカナ) ※ 通帳の表記に合わせてください。				
	1				※										

※ 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又はキャッシュカードに記載された記号・番号を記入してください。

☐ 現金での受取りを希望します。

- ※ 金融機関の口座がない方が対象となります。
※ 受取りは、事前予約が必要であり、火・木曜日になります。
※ 急な来庁による給付は行えません。

裏面も必ず確認してください。

□ 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 低所得者支援給付金（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には、以下の要件を全て満たすことが必要です。

ア 世帯に令和6年度住民税均等割課税者を含みません。

イ 住民税が課されている他の親族等の扶養を受けている者のみで構成される世帯ではありません。

ウ 世帯の中に、租税条約による免除の適用を届け出ている者はいません。

② 世帯の中に、住民税均等割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 既に当該給付金（1世帯当たり3万円）の支給を受けた世帯ではありません。

④ 給付金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。

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 この申請書は、市で支給決定した後は、給付金の請求書として取り扱います。

⑦ 市で支給決定した後、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、寝屋川市が定める期限までに、市が申請・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。

⑧ 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。

令和 年 月 日 申請者氏名

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	世帯主との関係	代理人生年月日	代理人住所・電話番号
			明治・大正・昭和・平成	
			年 月 日	電話番号 ()
上記の者を代理人と認め、低所得者支援給付金の 確認・請求 受給 確認・請求及び受給 を委任します。			世帯主氏名 (受給者又は受給対象者) ※法定代理人の場合、記入は不要です。	署名(記名押印でも可) ※代理人の署名(記名押印)ではありません (印)
○法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。				

- ☐ **令和6年度低所得者支援給付金申請書（本書）**
※ 必要事項を記入してください。
- ☐ **『申請・請求者本人確認書類のコピー』**
(例) 運転免許証（裏面に記載がある場合は裏面のコピーも必要）、健康保険証、マイナンバーカードなどのコピー
※ 有効期限のあるものについては、必ず期限内のものを提出してください。
- ☐ **『受取口座を確認できる書類のコピー』**
(例) 受取口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードのコピー
※ 通帳レス口座の場合は、金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人(カナ)が記載されているページをプリントアウトし、提出してください。
- ☐ **令和6年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する『令和6年度住民税課税証明書のコピー』**
※ 16歳以上の方は必ず提出してください。
ただし、令和6年1月1日時点で寝屋川市内にお住まいの方は、提出不要です。
- ☐ **（代理人申請を行う場合）『代理人本人確認書類のコピー』**
(例) 運転免許証（裏面に記載がある場合は裏面のコピーも必要）、健康保険証、マイナンバーカードなどのコピー
※ 有効期限のあるものについては、必ず期限内のものを提出してください。
※ 法定代理人の場合は、その旨を証する書類のコピーも添付してください。



5. 【誓約・同意事項】のチェック漏れや、提出書類の不足はありませんか。
(チェック漏れや提出書類の不備がある場合、給付を受けられません。)