様式第１号（第6条関係）

令和7年　月　日

## 　　　　　　　　　　　様

 沖縄県国頭郡国頭村長

知花　靖

調整給付金（不足額給付分）（※）支給確認書

※調整給付金とは、令和６年度に実施する所得税・個人住民税所得割の定額減税を十分に受けられない（定額減税可能額が、令和６年分の推計所得税額又は

令和６年度分の個人住民税所得割額を上回る）方に対し、当該上回る額の合計額を基礎として１万円単位で切り上げて算定した額を支給するものです。

令和6年の所得税（実績額等）及び令和6年度の住民税の課税状況に基づき、支給対象者に該当するため、以下のとおり、支給予定額をお知らせします。

以下の内容を確認して、令和７年９月１日までに、この確認書と本人確認書頚等を返送してください。

審査の上、以下のとおり給付金を振り込みます。

支 給 方 法　 口座

支 給 日　 確認書を受理した日から2～4週間後

支 給 口 座

支 給 額

(1)調整給付金の支給額及び算出式

定額減税可能額

（3万円×（本人＋扶養親族数））

　　　　　　　　　　円

所得税

令和６年分推計所得税額

　　　　　　　　　　円

控除不足額（①）

（＜の場合は０）

　　　　　　　　　　　　　円

＝

－

住民税所得割

定額減税可能額

（１万円×（本人＋扶養親族数））

　　　　　　　　　　円

控除不足額（②）

（＜の場合は０）

　　　　　　　　　　　　　円

令和６年度分住民税所得割額

　　　　　　　　　　円

＝

－

所得税　控除不足額（①）

　　　　　　　　　　円

住民税所得割　控除不足額（②）

　　　　　　　　　　円

控除不足額　計（③）

　　　　　　　　　　　　　円

＋

＝

調整給付金

**調整給付金支給額**

　（上記③を１万円単位に切上げ）　　　　万円

注）「扶養親族数」には、控除対象配偶者、１６歳未満の扶養親族を含みます。

※「令和６年分推計所得税額」欄の数値は、現時点で入手可能な令和５年所得等を基にした推計額を記載しており、令和６年分所得税額が判明した際に給付金額に不足が生じた場合は、当該不足額を

　令和７年以降に追加給付予定です。

※令和６年中に市区町村外に転出される方又は転出された方は、本確認書が、追加給付に際して必要となることがあるため、写し（コピー）を取って大切に保管ください。

※各数値について重大な相違を認める坦合には．相違のある部分に二重線を付して手容きで訂正するとともに相違のあることがわかる関係密類（源泉徴収票、確定申告香など）の写し（コビー）を添えて

返送期限までに提出ください。

※**上記の返送期限までに返信がない場合は、国頭村は本給付金の支給を辞退したとみなします**。

※本給付を受給しない場合は、右記のチェック欄（□）に✓を入れてください。　　　　　　　　　　　　　　　　【　　私は給付金を受給しません　□　】

上記内容に異議ありません。　※意図的に虚偽の確認をした場合は返還を求めるほか、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 確 認 日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 連絡先電話番号 |  |

(２)給付金の振込先口座の変更等

記載された口座を既に解約しているなどの理由で上記口座と異なる口座への振込みを希望する場合や、上記口座欄が空欄の場合には、以下のチェック欄（□）

いずれか１つのチェック欄（□）に✓を入れてください。

上記口座に代えて（又は上記口座が空欄の場合）、下記の現に使用している申請者名義の口座へ振込を希望します。

　□水道料引落口座　　□住民税等の引落口座　　□児童手当等の受取口座

□下記の口座へ振込みを希望します。（通帳等の写しが必要。長時間入出金のない口座は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) | 口座名義人(カナ)※通帳の表記にわせてください |
| l.銀行4.信連7,信漁連2.金庫5.農協3.信組6.漁協 | 本・支店本・支所出張所 | 1普通2当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関番号 |  |  |  |  | 店番号 |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 |  | 通帳番号(右詰め) | 口座名義人(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・番号を記人してください | 1 |  |  |  | 0 | ※ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※金融機関で口座が作れない等、どうしても口座の受け取りが出来ない方は、国頭村役場　福祉課（0980-41-2765）までお問合せください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面も必ずご確認ください

【代理確認・受給を行う場合】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | フリガナ | 申請者との関係 | 代理人(名義人)生 年 月 日 | 代理人(名義人)住所 |
| 代理人(名義人)氏名 |
|  |  | 明治・大正・昭和・平成　年　　　月　　　日　　 | 日中に連絡可能な電話番号：　　 |
|  |
| 上記の者を代理人と認め、給付金の　　確認・請求 　を委任します。受給 　←法定代理の場合は、 　確認・請求及び受給 委任方法の選択は不要です。 | 世帯主氏名（申請者） | 署名(又は記名押印)　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

**振込先金融機関口座確認書類**

（受取口座の金融機関名・口座番号口・口座名義人（カナ）を確認できる通帳やキャッシュカードの写し）

表面上部に記載の口座以外の口座で（２）に記入した口座への振込を希望する場合は、

確認書類を添付してください。

**本人（代理人）確認書類**



＊運転免許証・マイナンバーカード (表面)・健康保険証等の写し（いずれか1つ）

＊代理による場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付

表面の上の方に記載の口座以外の口座への振込を希望される場合

または　代理人が確認（受給）する場合　には提出してください。