

大津市令和7年度定額減税調整給付金（不足額給付）代理受給申請書

受付印

大津市長 佐藤 健司 あて

下記記載の事項に誓約・同意のうえ、大津市令和7年度定額減税調整給付金（不足額給付）の支給を代理で受給する旨を申請します。

〈申請日〉 令和7年 月 日 ※記入日を書いてください。

★申請方法

- ・aの給付金対象者欄に定額減税調整給付金（不足額給付）の対象者氏名、生年月日を記入してください。
- ・bの代理受給申請者欄に代理受給される方の氏名、住所、生年月日、電話番号を記入してください。
- ・cの貼り付け欄に代理受給される方の**本人確認書類の写し（コピー）**を貼り付けてください。
- ・郵送されている「大津市令和7年度定額減税調整給付金（不足額給付）」のご案内の裏面左側の支給要件確認書に調整給付金（不足額給付）**対象者の本人確認書類の写し（コピー）と振込希望の口座情報を記入し振込口座が確認できる写し（コピー）**を添付のうえ、お手元の返送用封筒に本代理受給申請書を併せてご返送ください。

a.給付金対象者欄

(フリガナ) 対象者氏名	生年月日
	大正・昭和・平成・令和
	年 月 日

b.代理受給申請者欄 （※代理人氏名には代理受給される方の署名が必要です。）

(フリガナ) 代理人氏名	現住所	
	〒 -	
	生年月日	電話番号（携帯電話等、連絡のとれる番号）
	大正・昭和・平成・令和	-
	年 月 日	-

c.代理人の本人確認書類貼り付け欄 ※代理受給申請者の本人確認書類の写し（コピー）をお願いします

代理人確認書類 貼付欄

※運転免許証、マイナンバーカード（表面）、健康保険証、年金手帳
介護保険証、パスポート、等の写し（コピー）（いずれかひとつ）