

特別定額給付金の申込みについて

免責事項

- ☑ 助成の方法や申請書は、市町村によって異なる場合があります、掲載されているものとは必ずしも一致しない場合がありますのでご了承ください。その際は私たち(OIHF)が支援しますのでご相談ください。
- ☑ この翻訳は在住外国人の支援を支援するために提供されています。この翻訳の使用者が申請の結果、何らかの理由により給付金を受給することができなかった場合において、OIHFは、理由の如何を問わず、責任を負いかねます。
- ☑ 特別定額給付金の申請時にわからないことがありましたら、OIHFへお気軽にお問い合わせください。

サギ（詐欺）に注意!!

「手伝う」と騙って、皆様の大事な財産を奪おうとする者がいます。給付金に関連して、国、市区町村、OIHFが以下のようなことをすることは絶対にありません。

- 現金自動預払機（ATM）の操作をお願いすること
- 受給にあたり、手数料の振込みを求めること

お問い合わせ:

(公財) 沖縄県国際交流・人材育成財団 国際交流課 (OIHF)

TEL: 098-942-9215 E-mail: kokusai@oihf.or.jp FB: <http://www.facebook.com/oihf60>

申請書を記入する際、消えるペンを使ってはいけません。消えないペンで書きましょう。

1

この箇所は、自治体使用欄です。自分の印鑑を押さないで下さい。

申請日時：
令和2年/ 月/ 日
*今年は和暦で令和2年です。
または西暦で記入することができます。
例：2020年5月14日

特別定額給付金申請書

様式1



申請日 令和 2 年 ○ 月 ○ 日

令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村
○○○ 市区町村長殿

2020年4月27日現在住民票登録されている市町村名を記入して下さい。

○ 世帯主(申請・受給者)

(フリガナ)	現 住 所	生年月日
氏 名	プレプリント住所△プレプリント方書	明治・大正・昭和・平成
プレプリント		
署名(又は記名押印)		
Zaiden, Taro	日中に連絡可能な電話番号 ○○○ (○○○○) ○○○○	年 月 日

名前を記入し、印鑑を押して下さい。印鑑を持っていない場合、署名でもOKです。

日中に連絡をとることができる電話番号を書いて下さい。

生年月日
和暦がわからなければ、西暦で生年月日を記入することができます。
例：1982年10月31日

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。また、他の市区町村に居住地の確認をさせていただくことがあります。
- ③ 市区町村が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請受付開始日から3ヶ月後の申請期限までに、市区町村が、世帯主(申請・受給者)又はその代理人に連絡・確認できない場合には、市区町村は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- ④ 他の市区町村で特別定額給付金を受給した場合には、返還をしていただきます。
- ⑤ 住民基本台帳に記録されている者の属する世帯の世帯主以外の世帯員が、一定の事由により、特別定額給付金を受給していることが判明した場合には、返還をしていただきます。

次の条件を確認し、申請して下さい。

次のことに同意し、特別定額給付金を申請します。

- ① 市町村は、申請者が定額給付金を受給する資格を有しているか、保有するデータ（情報）で確認することがあります。
- ② 市町村で管理するにあるデータ（情報）で確認できないときは、他の書類の提出を求めることがあります。また、他市町村に対して居住歴を照会することがあります。
- ③ 次のような状況において、市町村は申請者の申請を取り下げます。
申請者が作成した申請内容（口座番号や名前等）が誤っていたため、市町村が処理をすることができず、また申請書提出後3か月経っても、申請者に連絡がとれないとき。
- ④ 申請者が、他市町村からすでに定額給付金を受給（二重受給）した場合、返還しなければなりません。
- ⑤ 申請者以外の家族かがすでに定額給付金を受給（二重受給）した場合、返還しなければなりません。

このリストは、特別定額給付金をもらえる人のリストです。リストは事前に印刷されていることになっています。もし印刷がない場合、自分で必要箇所を記入して下さい。事前に印刷されていて、もし情報に誤りがあれば、赤ペンで訂正して下さい。

注意：
この欄は、定額給付金を「もらわない」方のためのものです。ここに「X」を書くのは、「お金はいりません」という人だけです。お金がいる人は、何も書かないで下さい

○ 給付対象者(下記の記載内容を御確認ください。もし記載の誤りや右欄で受給を希望しない方があれば、朱書きで訂正してください)

	氏名	続柄	生年月日	
1	Zaidan, Taro	世帯主	昭和60年10月1日	<input type="checkbox"/>
2	Zaidan, Hanako	妻	平成2年4月1日	<input type="checkbox"/>
3	Zaidan, Jiro	子	令和元年12月31日	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
合計金額		300,000 円		

合計金額：この申請書に書いてある人数×10万円です。あなたが指定する口座に今回、振り込まれるお金の合計金額です。ここに数字が入ってないときは、自分で書いてください。

銀行またはゆうちょ銀行の口座情報を記入して下さい。銀行とゆうちょの両方の口座情報を記入しないで下さい。**銀行またはゆうちょ銀行のどちらか1つだけの情報を記入して下さい。この情報が間違っている場合、助成金をもらえるのに、時間がかかってしまいます。**

あなたが指定する口座に給付金が振り込まれるよう、ここを☑して下さい。

支店名と支店コード*
*支店コードは、キャッシュカードや通帳で確認することができます。

銀行口座情報はこちら

ゆうちょ銀行口座情報はこちら

口座番号:
番号を右端に揃えます

通帳記号:
6桁ある場合、*に記入して下さい。

口座名義人の名前:
* **口座名義人の名前は、申請書（世帯主）と同じでなければなりません。**
* 必ず郵便局や銀行に届け出た名前で書きましょう。カタカナで届け出た人はカタカナで、アルファベットで届け出た人はアルファベットで書いてください。
* どちらか忘れたという人は、銀行に確認してから書いてください。

○ 受取方法（希望する受取方法（下記のA又はB）のチェック欄（□）に『☑』を入れて、必要事項を御記入ください。）

A 指定の金融機関口座（世帯主（申請・受給者）又はその代理人の口座に限ります。）への振込を希望

この口座が当市区町村の水道料、住民税等の引落とし、児童手当等の受給に現に使用している口座であって、世帯主（申請・受給者）の名義である場合（この場合は通帳やキャッシュカードのコピーを添付する必要があります。）

（希望する口座） 水道料引落口座 住民税等の引落口座

【受給者本人の口座に長期入出金のない口座を記入しないでください。】
※通帳番号の記載誤りがないか再度御確認ください。通帳番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (支店名でお書きください)	(フリガナ) 口座名義
○ ○	1. 銀行 2. 宝庫 3. 信組 4. 信連 本・支店 本・支所 出張所 2当店	○ ○	○ ○ ○ ○	ザイダン タロウ Zaidan, Taro
ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、* 欄に御記入ください。)	通帳番号 (支店名でお書きください)	(フリガナ) 口座名義	
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の裏面を上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。	1 0			

B 本申請書を窓口で提出し、後日、給付（この場合は、申請書の郵送の必要はありません。）
(金融機関の口座がない方や金融機関の口座を指定しない場合は、この欄に記入してください。)

代理人が申請する場合は、

ここに記入した口座情報と同じ必要書類（キャッシュカードのコピー、通帳のコピーなど）を添えて送付する必要があります（別欄に添付する必要があります）。コピーがここに書き込んだ内容と一致することを確認してください。

ここは代理申請者用です。**あなたが申請者であれば、このセクションはスキップ（省略）して下さい。**

申請者本人確認書類

- 次のいずれかのドキュメントのコピーを貼り付けます。
- ・在留カードの写し
 - ・運転免許証の写し
 - ・「マイナンバーカード（顔写真付きプラスチック）」のコピー
 - ・健康保険証の写し
 - ・年金手帳等の写しなど

代理申請（受取）をする場合、代理人の本人確認書類のコピーも添付してください。

振込先金融機関口座確認書類

- 次のいずれかのドキュメントのコピーを貼り付けて下さい
- ・通帳のコピー（口座番号と口座名義者の名前が書かれている部分）
 - ・キャッシュカード等の写し

チェックリスト

- 必ず以下の項目をチェックし、チェックボックスに☑を入力してください。
- ☑ 記入漏れや間違いがないか再度ご確認ください。
 - ☑ 特に、記入した通帳番号が添付の通帳のコピーの番号と一致していることを確認してください。
 - ☑ 添付資料に漏れがないか確認してください。

(申請書表面)

【代理申請（受給）を行う場合】

代理人	(フリガナ)	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名		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、特別定額給付金の申請・請求受給申請・請求及び受給を委任します。
← 法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。

世帯主氏名 署名(又は記名押印)

**申請者本人確認書類
写し貼り付け**

・運転免許証のコピー ・マイナンバーカードのコピー ・健康保険証のコピー
・年金手帳のコピー 等

※ 代理申請（受給）を行う場合は、代理人の本人確認の写しも添付してください。

**振込先金融機関口座確認書類
写し貼付け**

通帳(口座番号が書かれた部分)のコピー
または
キャッシュカードのコピー 等

チェックリスト
(以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄(☐)にレを入れてください。)

- ☑ ① 御記入いただきました項目に記載漏れ、記載誤りがないか再度御確認ください。
- ☑ ② 特に、御記入いただいた通帳番号と添付した通帳のコピーの番号が一致することを御確認ください。
- ☑ ③ 添付資料に漏れがないか御確認ください。