

# 특별 정액 급부금 신청에 대하여

## 면책 사항

- ☑ **조성 방법이나 신청서는 시정촌에 따라 달라질 수가 있어 기제된 것과 일치하지 않는 경우가 있습니다. 양해 주시기 바랍니다.**  
그럴 경우에는 별도 문의해 주십시오.
- ☑ 이 번역은 거주하시는 외국인 분들을 지원하기 위해 제공된 것입니다.  
**이 번역을 사용하여 신청한 결과 어떤 이유로 급부금을 수급하지 못 할 경우에서도 OIHF는 이유 상관 없이 책임을 지지 않습니다.**
- ☑ 신청시에 모르는 점이 있으시면 부담 없이 문의해 주십시오.

## 사기에 주의!!

신청을 도와 주겠다고 접근 하는 사기범 들이 있습니다. 주의 부탁드립니다. 급부금에 관련하여 국가, 시구정촌, OIHF가 다음과 같은 일은 아예 하지 않습니다.

- 현금 자동 지급기 (ATM) 이용 요청
- 수급에 대한 수수료 입금

문의처:

**오키나와현 국제 교류·인제 육성 재단 (OIHF)**

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

신청 일시:  
레이와 2년/ 월 / 일  
\*올해는 일본 연호로 레이와 2년입니다.  
또는 서기로 적어 주셔도 됩니다.  
예:2020/5/14

이 부분은 자치체 사용 란입니다.  
자신의 도장을 찍지 마십시오.

特別定額給付金申請書

様式1

申請日	令和 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	

2020년 4월 27일 현재에 거주하시는  
시정촌명을 적어 주세요.



○ 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)	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	年 月 日
Zaiden, Taro	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	年 月 日

이름을 적어 주시고 도장을 찍어 주십시오. 도장이 없을 경우 서명도 가능합니다.

하루 종일 연락이 가능한 전화번호를 적어 주세요.

생년월일  
일본 연호를 모르시면 서기로 적어 주셔도 됩니다.  
예: 1982/10/31

**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。

**다음의 조건을 확인하고 신청해 주세요.**

다음 사항에 동의하여 특별 정액 급부금에 신청합니다.

- ① 신청자가 급부금을 받을 자격이 있는지 시청에 있는 정보로 확인합니다.
- ② 시청에 있는 정보로 확인 못 할 땐 다른 서류 제출을 요청합니다.  
또 다른 시정촌에 구 거주지, 현 거주지를 확인합니다.
- ③ 이럴 경우에는 급부금을 받을 수 없습니다. 자신이 취소한 것으로 처리되 버립니다.  
적으신 계좌번호나 성함이 잘 못해서 입금 안 될 때. 그리고 3개월 지나도 연락이 안 될 때.
- ④ 만약 동일한 분이 다른 시정촌에서도 급부금을 받았을 때는 환불하셔야 합니다.
- ⑤ 만약 가족 분이 이미 급부금을 받았을 때는 환불하셔야 합니다.

이 리스트는 특별 정액 급부금 대상자 리스트입니다. 미리 입력된 상태로 도착할 것인데 만약에 입력 되지 않았을 경우 자신이 직접 적어 주세요. 이미 입력된 정보에 잘못이 있으면 빨간색 팬으로 정정해 주세요.

**주의 사항 :**  
이 부분은 급부금을 '받지 않는' 분을 위한 것입니다. 여기에 'X' 표시 하시면 조성금의 총액이 줄어듭니다.

3

○ 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 성함	続柄 세대주와에 관계	生年月日 생년월일	給付金の受給を希望されない方は、 チェック欄 (□) にX印をご記入下さい。
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 合計金額			<input type="checkbox"/>
合計金額	300,000 円		

합계 금액 : 신청서에 쓰여 있는 인원 수 × 10만엔 지정하신 계좌에 입금될 금액입니다. 이 부분이 입력이 안된 상태면 숫자를 직접 적어 주세요.

은행 또는 우체국 계좌 정보는 적어 주세요. 양쪽 다는 적어 주지 마세요. **은행 또는 우체국 꼭 하나만 적어 주세요. 이 정보에 잘못이 있을 경우 조성금 수급에 시간이 걸립니다.**

지정하신 계좌에 입금 되기 위해  표시 해주세요.

지점명과 지점 코드\*  
\*지점 코드는 캐쉬 카드나 통장으로 확인 가능합니다.

계좌번호:  
오른쪽 정렬로 적어 주세요.

은행 계좌 정보

우체국 계좌 정보

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(口)に『レ』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写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

銀行名

【受給者本人の口座(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、振込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.金庫 3.信組 4.信連 5.農協 6.漁協 7.信漁連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1普通 2当座		

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から著しく離れた場所に住んでいる方が対象となります。)

代理人が申請する場合

통장 기호:  
6자릿 있을 경우 \*에 적어 주세요.

계좌명의인의 성함:  
\*계좌명의인의 성함은 신청자 (세대주)와 일치해야 합니다.  
\*꼭 우체국이나 은행에 신청한 성함으로 적어 주세요.  
가타카나로 신청한 분은 가타카나로, 알파벳으로 신청한 분은 알파벳으로 적어 주세요.  
\*어느 쪽인지 잊었을 경우 은행에 확인하는 대로 적어 주세요.

여기에 적으신 계좌 정보와 같은 내용인 서류 (캐쉬 카드의 복사, 통장의 복사 등)을 첨부하여 보내셔야 합니다. (다른 란에 붙이셔야 합니다) 복사물 내용이 적으신 내용과 일치하는지 꼭 확인해 주세요.

이 부분은 대리 신청자용입니다. **신청자 본인**이시면 **생략해 주세요.**

### 신청자 본인 확인 서류

다음 중에서 복사물을 첨부해 주세요.

- 재류 카드
- 운전 면허증
- My Number Card (얼굴 사진이 있는 플라스틱 카드)"
- 건강보험증
- 국민연금 수첩 등

대리 신청하실 경우 대리인의 본인 확인 서류도 첨부해 주세요.

### 입금 금융 기관 계좌 확인 서류

다음 중에서 복사물을 첨부해 주세요.

- 통장 (계좌번호와 계좌 명의인 성함이 쓰여 있는 부분)
- 캐쉬 카드 등

### 체크 리스트

아래의 항목을 꼭 체크하여 체크 박스에  입력해 주세요.

- 누락이나 잘못이 없는지 다시 한번 확인해 주세요.
- 특히 적으신 통장 번호가 첨부하신 통장 복사물과 일치하는지 확인해 주세요.
- 첨부 서류에 누락이 없는지 확인해 주세요.

(申請書表面)

【代理申請(受給)を行う場合】

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
			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。	署名(又は記名押印)
			世帯主氏名	

5

**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  
写し貼り付け**

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。