

定額減税補足給付金(不足額給付)受給辞退の届出書

柏市長あて

この届出書について

給付金の受取を辞退する場合に届出をしてください。
【提出期限】令和7年8月13日(水)必着

- 1, 私は、「定額減税補足給付金(不足額給付)」の受給について辞退することを、ここに届け出ます。
- 2, 本届出により、「定額減税補足給付金(不足額給付)」の受給を辞退する者が本人であることを証明するため、本人確認資料を下欄に貼付し提出します。

令和 年 月 日

届出者住所 _____

届出者氏名 _____

届出者連絡先 _____ () _____

提出書類

定額減税補足給付金(不足額給付)受給辞退の届出書(本書)
※必要事項をご記入ください。

届出者本人確認書類(コピー)
※届出者のマイナンバーカード(表面)、運転免許証(経歴証)、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)をご用意ください。

【お問い合わせ先】

〒277-8505
柏市柏五丁目10番1号 柏市 福祉部 福祉政策課 給付金担当
コールセンター 04-7165-0250