

定額減税補足給付金(不足額給付)支給口座登録等の変更届出書

柏市長あて

この届出書について

支給案内書に記載の振込先を変更する場合に、本人が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、下欄の事項に誓約・同意の上、「定額減税補足給付金(不足額給付)」の支給を希望する口座情報を、ここに届け出ます。

令和 年 月 日

届出者住所

届出者氏名

届出者連絡先

()

2. 新規振込先指定口座(原則、1. の届出者本人名義の口座に限る。)

※振込先金融機関口座確認書類を添付してください(下欄を確認してください)。

金融機関名		金融機関番号	支店名	支店番号
種目	口座番号		口座名義(カタカナ)	

※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

【誓約・同意事項】(チェック欄(□)に『✓』を入れてください。)

柏市が支給決定をした後、届出書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、本給付金の提出期限
 までに、柏市が届出者に連絡・確認できない場合に定額減税補足給付金(不足額給付)が支給されないことに同意します。

提出書類

『定額減税補足給付金(不足額給付)支給口座登録等の届出書』(本書)

※必要事項をご記入ください。

『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』

※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。

『届出者本人確認書類の写し(コピー)』

※届出者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、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