

調整給付金(不足額給付分)^(※)申請書

※ 調整給付金(不足額給付分)とは、令和6年に支給した調整給付金(当初給付分)^注の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額(令和6年分推計所得税額)を用いて算定したことにより、結果として支給額に不足が生じた方などに対し、当該不足する額を支給するものです。

注：調整給付金(当初給付分)とは、令和6年度に実施した所得税・個人住民税所得割の定額減税を十分に受けられなかった(=定額減税可能額が、令和6年分の推計所得税額又は令和6年度分の個人住民税所得割額を上回った)方に対し、当該上回る額の合算額を基礎として1万円単位で切り上げて算定した額を支給したものです。

| |
|----------------------------|
| 支給市 (令和7年度個人住民税の課税市区町村) |
| 熊谷 市長殿 |

熊谷市
受付印

※本様式は、調整給付金(不足額給付分)の支給対象となりうる方で、申請が必要な方が使用するものです。
様式第1号(確認書)が届いた場合は、本様式を使用せず、確認書に記入・返送してください。

※本様式を提出いただいた場合、熊谷市において給付要件に該当するか審査の上で、
記入いただいた現住所に確認書を送付します。給付金の受給には、確認書の提出が必要です。

【本様式での申請が必要な方】

- 令和6年中に他の市区町村や海外から本市に転入され、令和7年1月1日時点で本市に住民登録のあった方で、下記の支給要件に該当する方が対象となります。具体的には以下の方が該当する可能性があります。
- 令和6年所得税額が令和5年所得税額より減少した方(例:令和6年所得が、令和5年所得よりも減少した方)
 - 令和6年中に扶養親族が増えた方(例:お子さまが出生された方) など

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、□にチェック(レ)してください。

□ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ①下記の支給要件に該当する場合、これに従い市において算定した支給額が支給されます。
市における算定の結果、0円となった場合には調整給付金(不足額給付分)は支給されません。

【支給要件】

I + II (合計額に対し、1万円を最小の単位とし、これに満たない端数がある場合には切り上げる。) - III > 0となる納税義務者

- I 所得税分の所要額: 3万円 × 減税対象人数^{※1} - 令和6年分所得税額
※1 納税義務者本人 + 令和6年12月31日時点の扶養親族等(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
- II 個人住民税所得割分の所要額: 1万円 × 減税対象人数^{※2} - 令和6年度分個人住民税所得割額
※2 納税義務者本人 + 令和5年12月31日時点の扶養親族等(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
- III 調整給付金(当初給付分)の額

- ②調整給付金(不足額給付分)の支給要件の該当性等を審査するため、市が必要な住民基本台帳情報、
税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- ③公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ④添付している資料以外に収入を証する書類はありません。

1. 申請者

| (フリガナ) 氏名 | 性別 | 生年月日 | 現住所 |
|--------------|----------------------------|---|--------|
| | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 電話 () |

【代理申請を行う場合】

| 代理人 | (フリガナ) 代理人氏名 | 本人との 関係 | 性別 | 代理人生年月日 | 代理人現住所 |
|--|-----------------|----------------------------|----------------------------|---|--------|
| | | | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | |
| | | <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | 電話 () | |
| 上記の者を代理人と認め、 調整給付金(不足額給付分)申請書の提出を委任します。 | | | | 申請者 本人氏名 | 署名 |

裏面も必ずご確認ください

