

調整給付金(不足額給付分)受給拒否の届出書

西原町長 殿

市区町村
受付印

- 1, 私は、「調整給付金(不足額給付分)」の受給について拒否することを、ここに届け出ます。
- 2, 本届出により、「調整給付金(不足額給付分)」の受給を拒否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。

年 月 日

届出者住所

届出者氏名

届出者連絡先 ()

本人確認書類添付箇所

※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