

定額減税補足給付金(不足額給付)送付先(変更)届出書

西原町長 殿

受 付 印

定額減税補足給付金(不足額給付)の送付先について、以下の宛先へ変更願います。

1. 申請人(世帯主)

(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日	現 住 所
	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日	電 話 ()

2. 送付先内容

送 付 先	住 所	〒	—
	フリガナ		
	氏 名	本人との関係()	
	連絡先	()	

3. 代理人 ※世帯主以外の者が届出する場合

(フリガナ) 氏 名	性 別	生 年 月 日	現 住 所
	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日	本人との関係()
		連絡先	

提出書類

- ☐ 『申請人の本人確認書類の写し(コピー)』
※ 運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)
- ☐ 変更後の送付先が確認できる書類の写し(コピー)
※ 公共料金領収証 ・ 郵便物 ・ 宅配便の伝票など

※ 必要に応じて提出してください。

- ☐ 『代理人の本人確認書類の写し(コピー)』
※ 運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)