

お問い合わせ番号

キリトリ線より下部を、返信用封筒で郵送ください。
キリトリ線より上部は、給付が完了するまでお手元に保管ください。

キリトリ線

郵送申請用

特別定額給付金 申請書

既にオンライン申請がお済みの方は
この申請書を返送する必要はありません。

宛て先 松山市長宛 申請日 令和 年 月 日

下記の事項に同意のうえ、本人確認書類及び口座確認書類を添えて申請します。
【同意事項】 ・受給資格の確認に当たり、市区町村の保有する公簿等で確認が行われること。
・公簿等で確認できない場合には、関係書類の提出に応じること。
また、他の市区町村に居住地の確認をさせていただくことがあること。
・口座の不備等で振り込みが完了せず、申請受付開始日から3ヶ月後までに、市区町村が、申請者（代理人も含む）に連絡・確認できない場合、この申請が取り下げられたものとみなされること。
・他の市区町村で重複して特別定額給付金を受給した場合には、返還に応じること。
・住民基本台帳に記録されている世帯の世帯主以外の世帯員が、一定の事由により、特別定額給付金を受給していることが判明した場合には、返還に応じること。

申請者(世帯主又は代理人)

住所, フリガナ, 生年月日, 申請者氏名(世帯主又は代理人), 署名(又は記名押印), 連絡先, 屋間に連絡可能な電話番号を記載してください。

代理申請(受給)を行う場合は、次の欄に記入してください。※世帯構成者以外が代理人になる場合は、代理関係が確認できる書類が必要です。

代理人氏名, 申請者との関係, 代理人住所, 世帯主氏名, 署名(又は記名押印)

<添付書類1>(裏面に貼付したら☑チェックしてください)

申請者の「本人確認書類」 貼付しました

いずれかに☑チェックが無い場合は「希望する」として取り扱います

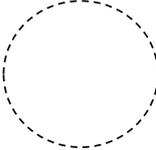
<給付対象者>(住民票の世帯員)

Table with 5 columns: No., 氏名, 生年月日, 続柄, 特別定額給付金を, 市区町村事務処理欄. Includes a large '見本' watermark.

※誤りがあれば朱書きで訂正してください

市区町村事務処理欄

Table with 4 columns: 本人確認書類, 口座確認書類, 対象人数, 給付決定額 (万円)



裏面もご記入ください。