

# さいたま市特別定額給付金申請書

本申請を通じて提供いただいた個人情報は、本給付金に関わる目的以外には使用いたしません。



\*1607363630\*

さいたま市長 あて

## 1 世帯主(申請者)

※裏面の同意事項(1)~(5)に同意の上、申請します。  
(本人確認書類のコピーを同封してください。)

記入日 令和 年 3 月 日

|                       |   |             |                |
|-----------------------|---|-------------|----------------|
| フリガナ                  |   | 生年月日        | 住所 令和2年4月27日時点 |
| 氏名                    | ① | 平成 年 月 日    |                |
| ※記名押印に代えて署名することができます。 |   | 日中連絡可能な電話番号 | TEL - ④ -      |

## 2 給付対象者

特別定額給付金が不要な方は、不要欄に×印をご記入ください。

| 氏名 | 続柄  | 不要 | 氏名 | 続柄 | 不要 |
|----|-----|----|----|----|----|
| 1  | 世帯主 |    | 8  |    |    |
| 2  |     |    | 9  |    |    |
| 3  |     |    | 10 |    |    |
| 4  |     |    | 11 |    |    |
| 5  |     |    | 12 |    |    |
| 6  |     |    | 13 |    |    |
| 7  |     |    | 14 |    |    |

支給金額 100,000 円

※令和2年4月27日時点での情報を記載しています。

## 3 振込先【必須】

世帯主(申請者)と口座名義人が異なる場合は、「4 代理人」欄をご記入ください。

|   |                                     |                        |   |
|---|-------------------------------------|------------------------|---|
| 金融機関名(ゆうちょ銀行以外)   | 本店名                                 | 種目                     | ※注意事項<br>・通帳等のコピーを同封してください。<br>・左記口座でさいたま市と入金(引当又は振込)した実績がある場合は、同封を省略することができます。ただし、省略した場合は、確認に時間を要するため、支給が遅くなります。 |
| ⑪   | ⑬                                   | ⑭                      |   |
| ⑫   | ⑮                                   | ⑯                      |   |
| 口座番号(右詰めでお書きください。)  | 口座名義(カタカナで記入)                       |                        |   |
| ⑰   | セイ                                  | メイ                     | ⑱   |
| ゆうちょ銀行  | 通帳記号<br>(6桁目がある場合は、<br>※欄にご記入ください。) | 通帳番号<br>(右詰めでお書きください。) | (フリガナ)<br>口座名義  |
| ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見聞き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 | ⑦                                   | ⑧                      | ⑨   |
|   |                                     |                        | ⑩   |

## 4 代理人

※注意事項

・代理人の方及び世帯主(申請者)の両方の本人確認書類のコピーを同封してください。

|      |       |                        |
|------|-------|------------------------|
| フリガナ |       | 印                      |
| 氏名   |       |                        |
| 生年月日 | 年 月 日 | 世帯主(申請者)との関係           |
| 住所   |       | 日中連絡可能な電話番号<br>TEL - - |

私(世帯主(申請者))に代わり代理人が受給することを認めます。

こちらをご記入ください。

世帯主(申請者)の署名

※記名押印に代えて署名することができます。



※同封していただく書類について裏面に説明があります。必ずご確認ください。

この欄を切り離して返信してください。