

提出期限厳守

【表面】

不足額給付！

令和7年度 羽曳野市定額減税補足給付金（不足額給付）申請書

定額減税補足給付金（不足額給付）とは

令和6年度に支給した定額減税補足給付金（調整給付）^注の算定に際し、令和5年所得等をもとにした推計額（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、不足する額を支給するものです。

注：定額減税補足給付金（調整給付）（以下、「当初調整給付金」という。）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いと見込まれた（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。

支給市区町村
（令和7年度個人住民税の課税市区町村）

羽曳野市長 様

受付印

※本様式は、定額減税補足給付金（不足額給付）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。確認書が届いた場合は、この様式を使用せず、確認書に記入・返送してください。

※この様式を提出いただいた場合、羽曳野市において支給要件に該当するか審査の上、支給対象者に該当する場合は（1）で記入された現住所に支給額等を記載した通知を送付します。

【この様式での申請が必要な方】

必ず記入してください。

町村や国外から本市に転入され、令和7年1月1日時点で住民登録のあった方で、
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5年所得税額より小さかった方（例：令和6年所得が、令和5年所得よりも小さかった方）
・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

本申請書に記載された全ての内容に相違がないことを確認し、誓約・同意のうえ、申請します。

※意図的に虚偽の申請をした場合は返還を求めるほか、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

令和 7 年 9 月 12 日 申請者氏名 羽曳野 太郎

（1）支給対象者情報を記入してください。

（フリガナ） 氏 名	生年月日	現住所
ハビキノ タロウ 羽曳野 太郎	明治・大正 昭和・平成 60 年 7 月 29 日	羽曳野市誉田4-1-1 電話 012 (345) 6789

（2）給付金の振込先口座情報を記入してください。

金融機関名	通帳の表記（カナ）に合わせて記入してください。		口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせてください
〇〇			ハビキノ タロウ
金融機関番号	店番号	通帳記号 （6桁目がある場合は※欄に記入）	通帳番号 ※右詰めでご記入ください
ゆうちょ銀行		※	口座名義（カナ） ※通帳の表記に合わせてください
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上又はキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入ください。		1	0

（注）金融機関の口座がない方など、口座による受け取りが困難な方は、必ずお電話でご確認ください。

裏面も必ず

6ケタ目がある場合は、
※欄に記入してください。

必ず確認してください。

【裏面】

(3) 誓約・同意事項（下記①～⑥）を必ずご確認ください。

- ① 下記の支給要件に該当する場合、これに従い羽曳野市において算定した支給額が支給されることに同意します。
羽曳野市における算定の結果、0円となった場合には本給付金は支給されません。

【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 当初調整給付金の額

- ② 修正申告等により同時に要件を満たすことのない令和6年度新たに住民税非課税等となった世帯への給付を受給していません。
③ 本給付金について支給要件の該当性を審査等するため、羽曳野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。
④ 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。
⑤ 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。

以下のいずれかの場合、かつ、羽曳野市が指定する期日又は令和7年10月31日までのいずれか早い日までに支給対象者に連絡・確認できない場合は、本給付金の申請は取り下げられたものとみなします。※支給を決定している場合は、支給を取り消します。

- ⑥
- ・ 申請書の不備（必要事項の記入漏れ・添付書類の不足等）により審査が完了しない
 - ・ 振込不能等（現金支給期間内に受け取りがなかった場合を含む）の事由により支払が完了しない

(4) 代理人が申請及び受給する場合は、必要事項を記入してください。

(代筆の場合は不要)

代理人	(フリガナ)	支給対象者との関係	代理人生年月日	代理人現住所	
	代理人氏名		明治・大正・昭和・平成 年 月 日	電話 ()	

上記の者を代理人と認め、定額減税補足給付金（不足額給付）の申請及び受給に関する権限を委任します。

支給対象者氏名	署名 又は 記名押印
---------	------------

提出書類

提出書類に不備が無いかを確認のうえ、チェック☑して

- ☐ 『羽曳野市定額減税補足給付金（不足額給付）申請書』（本書類）
- ☐ 誓約・同意欄（表面二重線枠内）に署名していますか？
 - ☐ 申請者情報（表面（1））及び振込口座情報（表面（2））を記入していますか？
 - ☐ 代理人情報（裏面（4））を記入していますか？ ※代理申請・

- ☐ 『当初調整給付金の支給確認書の写し（コピー）、支給決定通知書 など』

※ 令和6年に給付された当初調整給付金の額がわかる資料をご用意ください。

支給要件に該当し、当初調整給付金を受給していただく場合は、上記資料を添付してください。

・ 必要事項の記入漏れ

- ☐ ・ 確認書類の添付漏れがないか確認のうえ、
☐ 期限内に提出してください。

代理人に委任する場合は、
支給対象者本人の署名 又は
記名押印漏れにご注意ください。

※ 代理人が申請・受給する場合

※ 同一世帯員の場合は不要

申請者の『本人確認書類のコピー』と併せて、

代理人の『本人確認書類のコピー』、申請者との関係性がわかる書類、

法定代理人の場合は、法定代理人である証明書のコピーを添付してください。

- ☐ 『受取口座を確認できる書類の写し（コピー）』

※ 通帳やキャッシュカードの写し（コピー）等、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を
確認できる部分のコピーを添付してください。

お問合せは、平日（土日祝日を除く）午前9時から午後5時まで
羽曳野市給付金事業コールセンター ☎ 072-947-4140