

Your Address

Your Name

様



(表面)

application date

特別定額給付金申請書

申請日	令和2年 MM月 DD日
令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村	
恩納村長	殿



○ 世帯主(申請・受給者)

(フリガナ) 氏名	生年月日	現住所
Your name in Katakana	Your Date of Birth	Your address
Your Name ㊟		日中に連絡可能な電話番号 ()

Put your Inkan on top of this mark. If you do not have an Inkan, put your signature.

下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

Write your phone number here

- ① 受給資格の確認に当たり、公簿等で確認を行うことがあります。
- ② 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出をお願いします。
- ③ 市区町村が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振り込みが完了せず、かつ、申請受付開始日から3か月後の申請期限までに、市区町村が、申請・受給者(代理人も含まれます。)に連絡・確認できない場合には、市区町村は当該申請が取り下げられたものと見なします。
- ④ 他の市区町村で特別定額給付金を受給した場合には、返還をしていただきます。

DO NOT check here if you wish to receive the benefit

○ 給付対象者(下記の記載内容を御確認ください。もし記載に誤りがあれば、朱書きで訂正してください。)

※ 特別定額給付金を希望されない方は、以下のチェック欄(□)に×印をご記入ください。



	氏名	続柄	生年月日	希望しない
1	Your Name	世帯主		<input type="checkbox"/>
2	Recipients (Name, Relationship, Date of birth) are printed here.			<input type="checkbox"/>
3	Correct in red if there is an error.			<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>
合計金額				円