

<特別定額給付金の申請 Application date 010525# 1/1>

申請日 令和 2 年 MM 月 DD 日 特別定額給付金申請書

令和 2 年 4 月 2 7 日時点の住民票所在市区町村

沖縄県中頭郡読谷村長 殿

000014-000092

市区町村 受付印

●世帯主 (申請・受給者)

(フリガナ) 氏名	生年月日	現住所	摘要
Print Your name	your date of birth in Japanese calendar (printed)	Put your current address	
		日中に連絡可能な電話番号 Put your phone number	

※記名押印に代えて署名することができます。下記の事項に同意の上、特別定額給付金を申請します。

①受給資格、振込口座等の Put your signature or Inkan があります。  
on top of this mark

②公簿等で確認できない理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ヶ月後の申請期限までに、村が、申請・受給者(代理人も含みます。)に連絡・確認できない場合には、村は当該申請を取り下げられたものと見なします。

③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。

④住民基本台帳に記録されている者の属す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、返還をしていただきます。

●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。令和2年4月27日以降に亡くなられた方は給付対象となりませんが、下記には記載されておりません。対象の方がいる場合は追記してください。記載欄が足りない場合は欄外に記載してください。)

No.	(フリガナ) 氏名	続柄	摘要	生年月日	特別定額給付金を希望されない方につきましては、以下のチェック欄 (□) に×印を御記入ください。
世帯主	Recipients (Name, Relationship, Date of birth) are printed here. Date of birth is in Japanese calendar format				DO NOT tick here if you wish to receive the benefit
1	Correct in red if there is an error.				<input type="checkbox"/>
2				年 月 日	<input type="checkbox"/>
3				年 月 日	<input type="checkbox"/>
4				明治・大正・昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/>
5				年 月 日	<input type="checkbox"/>
				明治・大正・昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/>
合計金額				円	Put the total amount of benefit (100,000 yen x number of your family member)

●受取方法 (希望する受取方法 (下記のA又はB) のチェック欄 (□) に『レ』を入れて、必要事項を記入してください。)

A 口座 (申請・受給者又はその代理人の口座に限ります。) への振込を希望

【受取口座記入欄】 (長期間入出金のない口座を記入しないでください。)

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
Name of the bank	Branch Name	2当座	Account number	Bank account name
Bank code (*0188 for Bank of Okinawa)	Branch Code (Onna branch is 320)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義	
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開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。		※欄に御記入ください。		

この口座が当市区町村の水道料、地方税等の引落し又は払込みに現に使用している口座であって、申請・受給者の名義である場合 (この場合は通帳やキャッシュカードのコピーを添付する必要はありません。)

また、当該口座の確認について、水道部局、税部局等に照会を行うことを承諾します。

(希望する口座)  住民税等の引落口座  児童手当受給口座  水道料引落口座

B 金融機関の口座がない、又は金融機関から著しく離れた場所に住んでいる ⇒ やむを得ず窓口で受取 ※申請書を郵送して下さい。給付日については後日、村から連絡します。

【代理申請 (受給) を行う場合】

代理人 (フリガナ) 氏名	代理人 生年月日	代理人 住所
	明治・大正・昭和・平成・令和	
	年 月 日	日中に連絡可能な電話番号 ( )

上記の者を代理人と認め、特別定額給付金の申請・請求受給申請・請求及び受給を委任します。 (法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。)

世帯主氏名 (印)

※記名押印に代えて署名することができます。

議

沖縄県中頭郡読谷村長 石嶺 傳實

沖縄県中頭郡読谷村長 印



※必ずコピーを添付してください。

Attach the copy of applicant's resident card or Driver's License (Both front and back) 与し貼付け

- 運転免許証のコピー (住所変更がある場合は裏面のコピーも必要です)
- 年金手帳のコピー ・マイナンバーカードのコピー ・健康保険証のコピー 等

※代理申請 (受給) を行う場合は、代理人の本人確認の写しも添付してください。

※必ずコピーを添付してください。

Attach copy of applicant's bank book (Front cover and the first page of the book when you open it) 与し貼付け

通帳 (口座番号が書かれた部分) のコピーまたは、キャッシュカードのコピー 等

- Please check below points and tick the boxes after you confirm them (以下の項目について必ず御確認の上、確認後はチェック欄 (□) にレを入れてください。)
- 1. Please make sure you filled out all the required field.
  - 2. Please make sure you put the account number exactly the same as the one on your bank book
  - 3. Please make sure to attach the necessary attachments (copy of your ID, and Bank book)