

〒444-0001

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8



KZ-000001#

100000011

税関係
整理番号



※支給金額の算定については、市民税課
(0564-47-8670)へお問い合わせください。
お問い合わせの際は上記「税関係 整理番号」を
お伝えください。

WEB申請用 申請書番号



WEB申請はこちらから

岡崎市定額減税補足給付金のご案内

提出締め切り日は**令和6年10月31日(木)**消印有効となります。

※提出締め切り日までに返送がない場合は、本給付金の支給を辞退したものとみなします。

岡崎市定額減税補足給付金につきまして、本通知に基づき給付金の支給を受ける方は、確認書の提出またはWEB申請が必要となります。本通知書は給付金の振り込みが完了するまで、お手元で保管してください。

給付金の概要

支給対象者	基準日(令和6年1月1日)において岡崎市に住民登録又は岡崎市で令和6年度の住民税の課税がされており、定額減税の対象となる方のうち以下の要件を全て満たす方 (岡崎市で個人住民税が課税されている者を含む) ①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年度分の住民税所得割額を上回る方 ②納税義務者本人の合計所得金額が1,805万円以下であること
支給金額(算出式)	①所得税定額減税可能額 3万円×(本人+扶養親族数)－令和6年分推計所得税額 ②住民税所得割定額減税可能額 1万円×(本人+扶養親族数)－令和6年度分住民税所得割額 ①+②(1万円単位で切り上げて支給)
支給方法	口座振込
支給日	確認書や添付書類を確認、審査完了後、3週間を目途に順次入金
支給予定金額	00,000円 ※詳細内訳は右記参照ください

提出方法

郵送申請またはWEB申請にてご提出ください。

①郵送申請の場合

右の「定額減税補足給付金支給 確認書」に必要事項をご記入いただき、切り離した上、添付書類と合わせて返信用封筒にてご返送ください。
(支給対象者本人が右面の赤枠内をご記入ください)

②WEB申請の場合

同封の「WEB申請のご利用方法」に従って申請してください。WEB申請はこちらから

お問い合わせ

岡崎市給付金コールセンター

受付期間:令和6年(2024年)10月31日(木)まで
平日午前8時30分～午後5時15分

TEL 0564-23-6755

こちらの面を提出してください。

定額減税補足給付金支給 確認書

岡崎市長あて



1941000365000

支給予定金額(算出式)

下記支給予定金額を確認し、
赤枠内をご記入ください。

※「扶養親族数」には、控除対象配偶者、16歳未満の扶養親族を含みます。(国外居住者は除く)

	扶養親族数	4人	所得税と住民税所得割で扶養親族人数が異なる場合があります。
■所得税	定額減税可能額 3万円×5人 (本人+扶養親族数)	令和6年分推計所得税額(減税前) 00,000円	1 所得税分控除不足額 00,000円 1<0の場合は0
■住民税 所得割	定額減税可能額 1万円×5人 (本人+扶養親族数)	令和6年度分住民税所得割額(減税前) 00,000円	2 住民税所得割分控除不足額 00,000円 2<0の場合は0
控除不足額 計 (1 + 2) = 00,000円			支給金額 (1万円単位で切上げ) 00,000円

※各数値について重大な相違を認める場合には、相違のある部分に二重線を付して手書きで訂正し、相違のあることが分かる関係書類(源泉徴収票、確定申告書、納税通知書、特別徴収税額通知書等)のコピーをご提出ください。

公金受取口座

マイナンバーに登録されている公金受取口座へ振り込みを行います。
情報保護のため口座番号の一部を****で隠しています。

公金受取口座の登録がない場合または別の口座への振り込みを希望する場合は、裏面へ口座情報を記入の上、添付書類と合わせて返送してください。

口座名義人 (カナ)		金融機関	
口座種別 口座番号		支店名	

上記内容に相違ありません。※WEB申請は別紙をご参照ください。

署名欄		
届出日	支給対象者署名	電話番号 (携帯電話等、日中に連絡がとれる番号)
令和6年 月 日		- -

※支給対象者氏名: 岡崎 太郎様
(印字予定)

公金受取口座の登録がない方、口座変更を希望される方は裏面へ記入の上、ご返送ください。
※WEBからの申請も可能です。詳しくは同封の「WEB申請のご利用方法」をご確認ください。

裏面へ

公金受取口座の登録がない場合、口座を変更する場合のみ記入ください。

口座情報をご記入の上、必ず添付書類を同封してください。

※添付書類は下記を参照し、①②の両方を同封してください。

※原則支給対象者の口座に限りです。支給対象者と異なる口座名義人の場合は、以下代理人記入欄もご記入ください。

☐ 座名義人 (カナ)	カタカナで記入														
	金融機関名			金融機関コード			支店名(店名)			店番号(店番)		種別	口座番号(右詰め)		
												普通			
												当座			
	銀行	金庫	信組	農協	漁協		店	本店	支店	本所	支所	出張所			

※ゆうちょ銀行を希望される場合は、通帳の見開きページの下部にある受取口座情報をご記入ください。

※ゆうちょ銀行の金融機関コードは「9900」です。

□座名義人が支給対象者と異なる場合

支給対象者以外が受給する場合に限り、ご記入ください。

支給対象者・代理人両方の本人確認書類のコピーを同封してください。

※成年後見人が代理で受給する場合は、登記事項証明書のコピーを同封してください。

代理人	フリガナ 代理人氏名	支給対象者 との関係	代理人生年月日	代理人住所
			大正・昭和・平成 年 月 日	〒 ー 日中に連絡可能な電話番号 ()

上記の者を代理人と認め、
岡崎市定額減税補足給付金の受給を委任します。

支給対象者
署名
(または記名押印)

印

添付書類について

添付書類を返信用封筒に同封してください。

※貼付けは必要ありません。

①口座が確認できる書類のコピー

金融機関名・口座番号・**口座名義人(カナ)**が分かる
(通帳見開きページ全面 等) 通帳のコピーを同封してください。
Web 通帳の場合は、マイページ等の印刷でも可

ゆうちょ銀行の場合は、通帳見開きページ**全面**のコピーを同封してください。

金融機関

ゆうちょ銀行

(ゆうちょ銀行を除く)

(イラストはイメージです。)

②本人確認書類(支給対象者・代理人)のコピー

有効期限内の
運転免許証、マイナンバーカード
(マイナンバー通知カードは不可)、
健康保険証、年金手帳、在留カード 等の
コピーを同封してください。

[illegible]

(イラストはイメージです。)

定額減税補足給付金支給 確認書 記入例

ボールペンでご記入ください。消せるボールペンや鉛筆等の消えやすい筆記用具によるご記入はおやめください。

署 名 欄		
届 出 日	支 給 対 象 者 署 名	電 話 番 号
令和6年 7 月 10日	岡崎 太郎	(携帯電話等、日中に連絡がとれる番号) 123 - 456 - 7890

※支給対象者氏名: 岡崎 太郎様

支給対象者の氏名を記入

公金受取口座の登録がない場合、現金で返金される場合があります。

書き損じた場合は、二重線で消してください。

☐ 座名義人 (カナ)	カタカナで記入																		
	オカザキ タロウ																		
金融機関名	金融機関コード			支店名(店名)			店番号	店番	種別	口座番号(右詰め)									
岡崎市役所	1	2	3	4	岡崎			5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6
☒ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 漁協				☐ 店 ☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 本所 ☐ 支所 ☐ 出所					☒ 普通		☐ 当座								

ゆうちょ銀行の場合

「9900」をご記入ください。

ゆうちょ銀行の場合

通帳の見開きページの
下部にある受取口座情報を
ご記入ください。

左記添付書類の提出が必要です。

□座名義人が支給対象者と異なる場合

代理人	フリガナ 代理人氏名	支給対象者 との関係	代理人生年月日	代理人住所
	オカザキ タロウ 岡崎 太郎	子	大正・昭和・平成 62年 6月 25日	〒 444- 8601 岡崎市十王町二丁目9番地 日中に連絡可能な電話番号 0564 (23) 6755

代理受給の方がご記入ください。

支給対象者の方がご署名ください。

提出締め切り日は令和6年10月31日(木)消印有効となります。

※提出締め切り日までに返送がない場合は、本給付金の支給を辞退したものとみなします。