

Tokorozawa City Priority Support Benefits Application Form/ Invoice for Non-Taxable Households Example of How to Fill Out the Form

Front Page

所沢市長あて
**所沢市 住民税非課税世帯に対する
重点支援給付金 申請書(請求書)**
申請を必要とする世帯の場合

1 申請日 令和7年 3 月 1 日

2 申請・請求者 (世帯主)

フリガナ	〇〇 タロウ	日中に連絡可能な電話番号	
氏名	〇〇 太郎	123 - 0456 - 7890	
住所	埼玉県所沢市並木1-1-1		

3 世帯主が属する世帯の状況 ※令和6年12月13日時点の住民票上の世帯全ての構成員について記載

氏名(フリガナ)	続柄	子ども加算対象	生年月日	令和6年1月1日時点の住所	異なる場合はそれぞれの住所を記載	令和6年度住民税均等割課税状況
(申請者)	本人	<input type="checkbox"/>	5 1 1	現住所と <input type="checkbox"/> 同一 <input checked="" type="checkbox"/> 異なる	〇〇県〇〇市 △△町1-1	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
〇〇 花子	妻	<input type="checkbox"/>	6 2 2	現住所と <input checked="" type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
〇〇 一郎	子	<input checked="" type="checkbox"/>	4 3 3	現住所と <input checked="" type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告
		<input type="checkbox"/>		現住所と <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		
		<input type="checkbox"/>		現住所と <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		
		<input type="checkbox"/>		現住所と <input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 異なる		

子ども加算を申請する場合は、子ども加算の対象児童について①②③をご確認の上、上記「子ども加算対象」欄に「✓」を入れてください。

①令和6年12月13日時点で「申請・請求者」と同一世帯である18歳以下の児童(平成18年4月2日以降に生まれた児童)
②令和6年12月13日時点で「申請・請求者」と同一生計である別世帯の18歳以下の児童(平成18年4月2日以降に生まれた児童)
③「申請・請求者」と同一世帯である令和6年12月14日以降に生まれた新生児
※すでに所沢市もしくは他自治体で、非課税世帯に対する子ども加算(2万円)を受給済みの児童は対象外です。(申請書への記入は不要です。)
※世帯主が18歳以下の児童本人となる場合は支給の対象にはなりません。

4 申請・請求額
以下の①・②のうち、申請するものに「✓」を入れてください。

①重点支援給付金(3万円)
 ②重点支援給付金(子ども加算)

以下に、③の「子ども加算対象」欄で「✓」した数(子ども加算対象となる児童の人数)と、「子ども加算の金額」をご記入ください。
※子ども加算を申請する方のみ

(対象となる児童の人数) 1 人 × 20,000円 = (子ども加算) 20,000 円

The applicant must be the head of the household.

Please check the applicable box. (Select only one.)

If your current address differs from your registered address as of January 1, 2024, please enter your address as of that date.

Check the box for eligible children who meet the requirements for the Child Allowance as outlined in conditions ① to ③ below.

List all household members belonging to the applicant's household.

Enter the number of eligible children checked in ③ and the corresponding Child Allowance amount.

Check the box for the benefits you are applying for:

- ① If you are applying for the Priority Support Benefits (30,000 yen), check this box.
- ② If you are also applying for the Child Allowance in ③, check this box as well.
- ② If you have already received or applied for the Priority Support Benefits (30,000 yen) and are applying only for the Child Allowance, check this box.

Please ensure you review the back of this form as well.

誓約・同意事項

- 1 所沢市住民税非課税世帯に対する重点支援給付金(以下「給付金」という。)の支給要件に該当します。
※給付金の支給対象となるためには、以下の要件を全て満たすことが必要です。
 ア 世帯の全員が令和6年度住民税非課税である。
 イ 令和6年度住民税均等割が課されている方の扶養を受けている者、地方税法の規定による青色事業専従者及び事業専従者のみからなる世帯ではない。
(注)住民税における取扱いとして、扶養を受けているか分からない場合は、両親、子ども等家族に確認してください。
 ウ 世帯の中に租税条約による免除の適用を届け出ている者がいない。
 エ 世帯に平成18年4月2日以降に生まれた児童がいる場合、生計を同一にしている。
 オ 別世帯で生計が同一である平成18年4月2日以降に生まれた児童がいる場合で、その別世帯の児童について本申請者以外に子ども加算の支給対象となる世帯主がいない。
 カ 令和6年12月14日以降に生まれた新生児がいる場合、生計を同一にしている。
 2 世帯の中に、住民税が課税となる所得があるのに未申告である者はいません。
 3 いずれの市区町村においても、重点支援給付金を受給していません。
 4 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、所沢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又は必要書類等に求め、若しくは提供することに同意します。
は、関係書類の提出を行います。
て支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱うことに同意します。
申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了しなかったり、連絡がとれない場合に、給付金が支給されないことに同意します。
給付金の支払後、この申請書(請求書)の記載事項や給付金の支給要件について虚偽であることを発見した場合、給付金を返還します。

Please prepare the required documents for submission and check the attached documents.

After reviewing the Pledge and Consent, be sure to enter the date of completion and the name of the applicant/claimant.

上記の誓約・同意事項を確認しましたので、下記のとおり署名し、申請します。

年	月	日	申請・請求者氏名
令和 7	3	1	〇〇 太郎

提出書類

- ※提出書類が準備できたら□に「✓」を入れてください。
- 『所沢市 住民税非課税世帯に対する重点支援給付金 申請書(請求書) (申請を必要とする世帯の場合)』(本書)
 - 『申請・請求者(代理受給される場合は、世帯主及び代理人)の本人確認書類の写し(コピー)』
※申請・請求者の運転免許証、マイナンバーカード(表面)等の写し(コピー)をご用意ください。
 - 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』
※通帳又はキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名、口座番号及び口座名義人(カナ)を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。
※長期間入金のない口座は使えません。
※金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受取ができない方は、所沢市給付金コールセンター(0120-153-147)までお問合せください。
 - 令和6年1月1日時点でお住まいの市区町村が発行する『令和6年度住民税非課税証明書』の写し(コピー)
(申請・請求者が属する世帯において令和6年1月1日時点で所沢市に住民登録がない方全員分)
 - 令和6年12月13日時点で別世帯の児童の子ども加算を申請する場合、①と②が必要です。
 - ①『別世帯の児童の住民票(世帯全員が記載されたもの)の写し(コピー)』 ※発行から3か月以内のもの
 - ②『別世帯の児童と申請・請求者の関係が分かる戸籍謄本の写し(コピー)』 ※発行から3か月以内のもの
 - 令和6年12月14日以降に出生し、所沢市に一度も住民登録がない新生児の子ども加算を申請する場合、①と②が必要です。
 - ①『新生児を含む世帯全員が記載された住民票の写し(コピー)』
 - ②『新生児と申請・請求者の関係がわかる戸籍謄本の写し(コピー)』

5 代理申請(請求)・受給を行う場合

代理申請(請求)・受給を行う場合は、以下に代理人の情報をご記入ください。

フリガナ 代理人氏名	世帯主との 関係	代理人生年月日	代理人住所
		大正・昭和・平成 年 月 日	〒 日中に連絡可能な電話番号 ()
以下の①・②・③のうち、該当するものに「✓」を入れてください。 上記の者を代理人と認め、重点支援給付金の		<input type="checkbox"/> ①申請・請求(申請・代理人受給:世帯主) <input type="checkbox"/> ②受給(申請:世帯主受給:代理人) <input type="checkbox"/> ③申請・請求及び受給(申請・受給:代理人)	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

※世帯主氏名は元々の給付対象者の氏名になります。※法定代理人の場合は、世帯主名欄の記入は不要です。

Pledge and Consent

- 1 I confirm that I meet the eligibility requirements for the Tokorozawa City Priority Support Benefits for Non-Taxable Households (hereinafter referred to as the "Benefits").
* To qualify for the Benefits, all of the following conditions must be met:
 A. All household members are exempt from municipal resident tax for fiscal year 2024.
 B. No household member is a dependent of an individual subject to the flat-rate municipal resident tax for fiscal year 2024, a self-employed business owner under the Local Tax Act, or a sole proprietor.
(Note: If you are unsure about your dependent status for resident tax purposes, please check with your parents, children, or other family members.)
 C. No household member has filed for tax exemption under an applicable tax treaty.
 D. If the household includes a child born on or after April 2, 2006, the child must reside in the same household.
 E. If there is a child born on or after April 2, 2006 in a separate household who shares the same household income, there is no other head of household eligible for the Child Allowance for that child other than the applicant.
 F. If a newborn is born after December 14, 2024, the newborn must share the same household income.
 2 No household member has undeclared income that is subject to municipal resident tax.
 3 I am not receiving the Priority Support Benefits from any other city, ward, town, or village.
 4 I consent to Tokorozawa City verifying my eligibility for the Benefits by reviewing necessary records, including resident registry information, tax records, and other public documents. I also agree that Tokorozawa City may request necessary information from other administrative agencies and that these agencies may provide the requested information to Tokorozawa City.
 5 If my eligibility cannot be confirmed through public records, I agree to submit the required supporting documents.
 6 I acknowledge that this Priority Support Benefits Application Form/Invoice for Non-Taxable Households will be treated as an invoice for the Benefits once Tokorozawa City approves the payment.
 7 I agree that if, after Tokorozawa City has made the payment decision, payment is not completed due to reasons such as inability to transfer because of an incomplete application form/invoice, and Tokorozawa City is unable to contact or confirm with the applicant/claimant by June 30, 2025, the Benefits will not be paid.
 8 I agree to return the Benefits if, after payment, it is found that the information provided in this Priority Support Benefits Application Form/Invoice for Non-Taxable Households was false or that I did not meet the eligibility requirements.

Complete this section only if you are applying or receiving benefits on behalf of someone else.

[Notes for Proxy Applications/Receipts]

- * This section should only be completed if you are applying or receiving benefits on behalf of the head of household.
- * Select the scope of delegation by checking the appropriate box (① Application/Invoice ② Receipt ③ Both Application/Invoice and Receipt).
- * The head of household's name must match the name provided in the signature section of the Pledge and Consent. If the signature is not handwritten, a seal is required.
- * If the proxy is an adult guardian, curator, or assistant, a Certificate of Registered Matters or other official documents proving their authority (copies are acceptable) must be submitted.