

신청자번호 XXXXXXXXXXXX

〒123-4567
兵庫県神戸市
神戸 太郎 様

기재 내용에 오류가 없는지 확인해 주십시오.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



신청서를 기재한 날짜를 기입해 주십시오.

세대주의 주민표상의 성명을 자필로 기입해 주십시오.

세대주의 도장을 찍든지 사인해 주십시오.

세대주의 생년월일(서력표기)을 기입해 주십시오.

神戸市特別定額給付金 申請書

《特別定額給付金オンライン》

神戸市長 宛

(令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村)

下記の事項に同意

- ① 受給資格の確認に当たり、
- 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いたします。
- ③ 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ヶ月後の申請締めまでに、申請・受給者(代理人を含みます。)に連絡・確認できない場合には、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、返還をさせていただきます。
- ⑤ 住民基本台帳に記載されてい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、返還をさせていただきます。

申請日 令和2年 月

1 世帯主(申請・受給者)

フリガナ
申請者氏名 署名(自署)
生年月日 西暦/00/00
電話番号 日中に連絡可能な電話番号をご記入ください

申請者住所 〒000-0000 兵庫県神戸市○○○○丁目00-00 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

낮에 연락가능한 전화번호를 기입해 주십시오.

세대주의 주민표상의 주소를 기입해 주십시오.

2 給付対象者

氏名	続柄	生年月日	希望	不要
神戸 太郎	世帯主	西暦/00/00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神戸 はな子	妻	西暦/00/00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
神戸 直子	子	西暦/00/00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

급부대상(세대원)의 성명을 기입해 주십시오.

급부대상의 신청자와의 친족관계를 기입해 주십시오.

급부대상의 생년월일(서력표기)을 기입해 주십시오.

희망하는 수령방법의 네모칸을 체크해 주십시오. 차례대로 ① 금융기관으로 입금, ② 유초(ゆうちょ)은행으로 입금, ③ 창수예 수령(금융기관 계좌가 없어서 여쩔 수 없는 분 한정)

금융기관으로의 입금을 희망하시는 분은 통장 또는 캐시카드를 확인하시고 아래 사항을 기입해 주십시오.

- ① 신청자 또는 대리인의 계좌명의(가타가나)
- ② 금융기관명
- ③ 지점명
- ④ 예금종별(왼쪽: 보통, 또는 오른쪽: 당좌를 체크한다)
- ⑤ 금융기관 코드
- ⑥ 지점 코드
- ⑦ 계좌번호(오른쪽 끝에 맞춰서 기입)

3 受取方法

希望する受取方法(下記の①~③)のチェック欄

① 金融機関へ振込

口座名義 カタカナ

②	③
預金種別 (左)	金融機関コード
④	支店コード
⑤	⑥
⑦	口座番号(右づめ)

② ゆうちょ銀行へ振込 (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・番号をご記入ください)

口座名義 カタカナ	種別	記号(5桁または6桁)	受取口座番号(7桁)	番号(8桁)
①	普通	1	②	0
			③	1

유초 은행으로의 입금을 희망하시는 분은 통장 또는 캐시카드를 확인하시고 아래 사항을 기입해 주십시오. ① 신청자 또는 대리인의 계좌명의(가타가나), ② 기호(6행째가 있을 때만 0의 오른쪽을 기입), ③ 계좌번호

申請者番号

XX

〒650-8570

神戸市中央区加納町6-5-1

KOBE TARO 様

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

12345678901

申請締切日

令和2年8月18日

神戸市特別定額給付金 申請書

《特別定額給付金の申請は、本申請書の郵送のほか、マイナポータル上でのオンライン申請も可能です》

神戸市長 宛

(令和2年4月27日時点の住民票所在市区町村)

■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 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※申請取り消しまでに、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、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。
- ⑤ 住民基本台帳に記載されてい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。

神戸市受付印

印

申請日 令和2年 5 月 15 日

1 世帯主(申請・受給者)

申請者氏名	フリガナ コウベ タロウ 署名(自署) KOBE TARO	押印	生年月日 1990/12/31
申請者住所	〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1	電話番号	日中に連絡可能な電話番号をご記入ください (078) 331 - 8181

※記名押印に代えて署名することができます。

2 給付対象者

スペースの関係上、表記しきれない場合があります。ご了承ください。

いずれにも✓記入がある場合や✓記入がない場合は「希望する」として取り扱います

氏名	続柄	生年月日	受取		氏名	続柄	生年月日	受取	
			希望	不要				希望	不要
1 KOBE TARO	世帯主	1990/12/31	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 KOBE HANAKO	妻	1989/10/28	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 KOBE ICHIRO	子	2015/3/15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※記載に誤りがあれば、朱書きで訂正してください。

3 受取方法

希望する受取方法(下記の①~③)のチェック欄(□)に✓を付けて必要事項をご記入ください。

- ① 金融機関へ振込 △ 指定する口座は申請・受給者またはその代理人の口座に限りです

口座名義 カタカナ コウベ ハナコ	金融機関名 六甲 <small>ATM 普通 定期 合本(共済) 信託(共済)</small>	支店名 三宮 <small>ATM 普通 合本(共済) 信託(共済)</small>
預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通(当座)	金融機関コード 1 1 1 1	支店コード 1 1 1
	口座番号(右づめ) 1 1 1 1 1 1	

- ② ゆうちょ銀行へ振込 (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・番号をご記入ください)

口座名義 カタカナ	種別	記号(5桁または6桁)	受取口座番号(7桁)	番号(8桁)
	普通	1 0*		1

- ③ 金融機関の口座がなく、やむを得ず窓口で受け取りを希望される方申請書を郵送してください。7月以降書面にて受取場所、日時等をご連絡します。

※6桁目がある場合はご記入ください。↓

裏面のコピー貼付欄へつづきます
代理申請(受給)を行う場合は裏面④をご記入ください

4 代理申請(受給)を行う場合 (表面 1 の世帯主が委任する場合のみご記入ください。)

代理人の氏名 フリガナ ①	生年月日 明治 大正 昭和 平成 ③ 年 月 日	代理人の住所等 ④
日中に連絡可能な電話番号 () ② -		

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 ⑤ を委任します。

世帯主氏名(表面 1 の世帯主) 署名(白署) ⑥	押印 ⑦
---------------------------------	---------

以上 ①～⑦は 대리신청(수급)을 하는 경우에 기입해 주십시오.

- ①대리인 성명, ②낮에 연락가능한 전화번호, ③생년월일(화력과曆¹⁾), ④대리인의 주소
- ⑤대리인에게 위임한다는 내용의 네모칸에 체크 (차례대로 □신청·청구, □수급, □신청·청구 및 수급)
- ⑥세대주(위임자)의 성명을 자필서명, ⑦세대주의 도장을 찍든지 사인해 주십시오.

*1 서력 1867년~1912년 7월 29일=메이지(明治) 원년~45년, 서력 1912년 7월 30일~1926년 12월 24일=다이쇼(大正) 원년~15년, 서력 1926년 12월 25일~1989년 1월 7일=쇼와(昭和) 원년~64년, 서력 1989년 1월 8일~2019년 4월 30일=헤이세이(平成) 원년~31년, 서력 2019년 5월 1일~=레이와(令和) 원년~

* 대리신청·수급은 아래와 같은 분에 한하여 가능합니다. 상세사항은 콜센터로 문의해 주십시오.

- 단신세대로 거동이 불편하신 분이나 치매가 있으신 분
- 노인복지시설, 아동양호시설·유아원 등 및 지적·정신장애자 시설에 입소하신 분
- 배우자로부터 폭력을 받고 있는 가정폭력 피해자 등

1 世帯主の本人確認書類のコピー貼付欄

(健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード等)

下記のいずれか1つのコピーを必ず貼付してください。

세대주의 본인확인서류(아래 중 하나)의 사본을 붙여 주십시오.

(운전면허증, 운전경력증명서, 재류카드, 특별영주자증명서, 여권, 마이넘버 카드(앞면), 사진첨부주민기본대장카드, 연금수첩, 건강보험피보험자증, 후기고령자로보험자증, 개호보험피보험자증, 신체장애자수첩 등 관공서에서 발행한 사진이 있는 증명서, 생활보호비지불통지서(야간·휴일등 긴급수진증))

※대리인이 신청하는 경우는 세대주와 대리인 양쪽의 본인확인서류 및 세대주와 대리인의 관계를 보여주는 서류를 붙여 주십시오.

(表) (表) のコピー (表) コピーしてください。
(注1) マイナンバーをお知らせした通知カード(謄写真なし)や、住民票の写しは本人確認書類になりません。ご注意ください。
(注2) 有効期限内のものに限ります。



代理人が申請する場合は、1 世帯主と2 代理人の本人確認書類を貼付してください。また1 世帯主と2 代理人の関係を示す書類を同封してください。※詳細はご案内中面をご参照ください。

3 振込口座が確認できる書類のコピー貼付欄

下記のいずれか1つのコピーを必ず貼付してください。

계좌입금을 희망하시는 분은 입금계좌의 확인서류(아래 중 하나)의 사본을 붙여 주십시오.

(통장, 캐시카드의 계좌명의·금융기관명·지점명(또는 지점 코드)·계좌번호를 확인할 수 있는 면)

- * 유초 은행의 경우는 통장의 마주보는 양페이지 전면이 필요합니다.
- * 넷 통장 등으로 통장이 없는 경우는 계좌명의·금융기관명·지점명·계좌번호를 확인할 수 있는 화면을 인쇄한 것.
- * 불일 확인서류의 뒷면에 신청자의 성명을 기입해 주십시오.

キャッシュカード (通帳がない場合など) 通帳 (ゆうちょ銀行以外の場合) 通帳 (ゆうちょ銀行の場合)

※ゆうちょ銀行の場合は通帳見開きのページ 全面のコピーを貼付してください。

通帳不発行(ネット通帳)等で通帳がない場合 銀行名、支店名、口座種別、口座番号、振込口座名義人が表示された画面を印刷したもの

※郵送の際は折りたたんでください。 ※確認書類をコピーした紙の裏面に申請者の氏名を記入して、貼付してください。

❗ 記入もれ、押印もれ、貼付もれがないか、もう一度ご確認ください。

4 代理申請(受給)を行う場合 (表面①の世帯主が委任する場合のみご記入ください。)

代理人の氏名 フリガナ コウベ ハナコ	生年月日 明治 大正 昭和 平成	代理人の住所
KOBE HANAKO	2年 10月 28日	〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1
日中に連絡可能な電話番号 (090) 1111 - 1111		

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・請求および受給 を委任します。

※委任する項目に✓を付けてください。法定代理の場合は、選択は不要です。

世帯主氏名(表面①の世帯主)	押印
署名(白墨) KOBE TARO	

※記名押印に代えて署名することができます。

必須 本人確認書類について

※申請書を提出される際は、次の書類を申請書と一緒に貼付してください。

の り し ろ

① 世帯主の本人確認書類のコピー貼付欄

(健康保険証、運転免許証、マイナンバーカード等)

下記のいずれか1つのコピーを必ず貼付してください。



健康保険証のコピー
(表)



運転免許証のコピー
(表)



マイナンバーカード
のコピー
(表)

(2021年1月1日) 歴証明書(平成24年4月1日以降交付のもの)

- 在留カード ●特別永住者証明書 ●パスポート(旅券)
- マイナンバーカード* ●写真付住民基本台帳カード
- 年金手帳 ●健康保険被保険者証
- 後期高齢者医療被保険者証 ●介護保険被保険者証
- 身体障害者手帳等官公署発行の顔写真つき証明書
- 生活保護費支払通知書(夜間・休日等緊急受診証)

※マイナンバーカードを貼付する場合は、顔写真が入っている「表面」のみコピーしてください。

(注1) マイナンバーをお知らせした通知カード(顔写真なし)や、住民票の写しは本人確認書類になりません。ご注意ください。
(注2) 有効期限内のものに限ります。



代理人が申請する場合は、①世帯主と②代理人の本人確認書類を貼付してください。

また①世帯主と③代理人の関係を示す書類を同封してください。※詳細はご案内中面をご参照ください。

の り し ろ

③ 振込口座が確認できる書類のコピー貼付欄

下記のいずれか1つのコピーを必ず貼付してください。



キャッシュカード
(通帳がない場合など)



通帳
(ゆうちょ銀行以外の場合)



通帳
(ゆうちょ銀行の場合)

必ずお名前、金融機関名、支店名(支店コード)と口座番号が確認できる面のコピーを貼付してください。

※ゆうちょ銀行の場合は通帳見開きのページ全面のコピーを貼付してください。

通帳不発行(ネット通帳)等で通帳がない場合 銀行名、支店名、口座種別、口座番号、振込口座名義人が表示された画面を印刷したものを

※郵送の際は折りたたんでください。 ※確認書類をコピーした紙の裏面に申請者の氏名を記入して、貼付してください。

① 記入もれ、押印もれ、貼付もれがないか、もう一度ご確認ください。