



小谷村長
中村 義明
(公印省略)

地方創生交付金支給要件確認書

令和6年度の住民税の課税状況に基づき支給対象者に該当するため、以下のとおり申請します。

申請・請求者氏名 _____

申請・請求者生年月日 _____

対象児童氏名 _____

対象児童生年月日 _____

■世帯主の方が記入してください。

【確認欄】(以下の項目を確認し、該当することを確認した上でチェック欄(□)にレを記入してください。)

- ① 上記対象児童を扶養している。(生計を同一にする児童である)
- ② 世帯の全員が、住民税均等割が課されている他の親族等の扶養を受けていません。
- ③ 他の市区町村から本給付金(児童1人につき2万円)の支給を受けていません。
- ④ 該当児童分の給付金支給に同意します。

- ・全てにチェックがある場合に限り、支給対象者に該当し、給付金が受け取れます。
(いずれか1つでもチェックがない場合は、支給対象者に該当せず、給付金を受け取れません。)
- ・確認内容が誤っている場合は、給付金の返還を求める場合があります。
また、意図的に虚偽の記載をした場合は、不正受給として詐欺罪に問われる場合があります。

上記記入内容に相違ありません。

世帯主名		確認日	令和 年 月 日	日中に連絡可能な 電話番号	
------	--	-----	----------	------------------	--