

定額減税補足給付金（不足額給付）に係る確認（申請）書の送付先変更申出書

令和 年 月 日

(宛先) 周南市長

標件につきまして下記のとおり申出いたします。

なお、この申出は定額減税補足給付金（不足額給付）の手続きに限り有効であることを了承いたします。

※申出者が対象者自身の場合は本人確認書類の写しを添付してください。

※申出者と対象者が相違する場合は、申出者と対象者の本人確認書類と申出者と対象者との関係を証明する書類の写しを添付ください。

※なお、給付金の確認（申請）書を受け付け後、給付処理を行うまでに1か月程度お時間をいただきます。

(フリガナ)

申出者氏名

住所

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

(対象者との続柄)

(变更前)

対象者	
住民登録上の住所	
電話番号	

(変更後)

希望する送付先	〒 _____ _____様方
電話番号	