

提出用

封付申請書号
浜松市長 中野 茂介

令和6年分所持税額および定額減税の納付状況に基づき、
不足額給付の実施対象者に該当する方へ、以下のとおり。
実施税額をお知らせします。

以下の内容をご確認いただき、必要事項を記入の上、
令和7年10月31日(金)までに、この確認書と共に
郵送願います。郵送でご提出ください。

浜松市 定額減税補足給付金(不足額給付) 支給確認書

(宛先) 浜松市長

1 不足額給付の支給額及び算出式

対象者			
所得額	定期減税可抵扣額	令和6年分 所得税額(又は減税控除額)	税額不抵扣(①) (\times 0.7率合計)
住民税所得額	定期減税可抵扣額	令和6年度分 住民税所得額	税額不抵扣(②) (\times 0.7率合計)
調査給付金	所得税分の 税額不抵扣(①)	住民税所得額分の 税額不抵扣(②)	税額不抵扣(③) (① + ②)
支給額は、不足額給付 の事業者登録基準日 (令和7年6月11日) 現在で把握できる 課税資料の収集から 算出しています。		令和6年度 当期調査給付の額(④) \times 100万円未満の場合 上取(0.1万円単位)以下	不 ^足 額給付の額
確認日	令和 年 月 日	対象者 (本人の署名)	日中の連絡先 () -

2 確認日の記入・対象者本人の署名

Please include the date of confirmation, the person's signature, and phone number.
Inclua a data de confirmação, a assinatura da pessoa e o número de telefone.

下記の欄へ、「確認日の記入」と「対象者の署名」を、必ずお願いします。

私は、上記の「**1 不足額給付の支給額及び算出式**」及び右側の「**[注意事項]**」の内容について確認しました。(記載内容に異議ありません。)

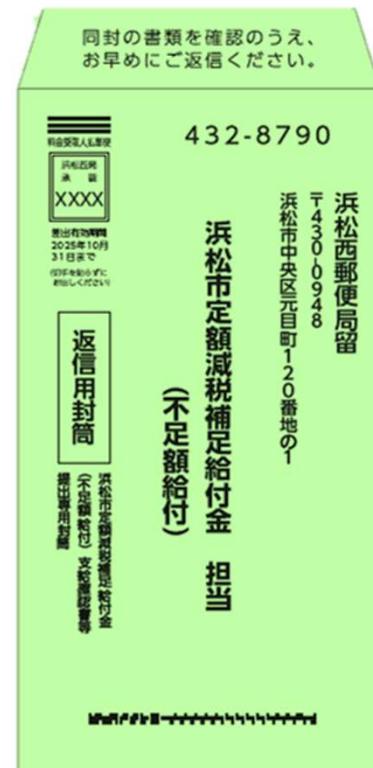
確認日	令和 年 月 日	対象者 (本人の署名)	日中の連絡先 () -
-----	----------	----------------	-----------------

3 指定する金融機関口座

* 金融機関口座を記入し、「本人確認書類の写し(コピー)・金融機関口座の通帳の写し(コピー)」を封入してください。
※ 「対象者」以外の方の金融機関口座を記入した場合、必ず裏面に代理人が確認・受領を行なう欄をご記入ください。

金融機関名	預金口座	口座名義人(カタカナ)
支店コード(店舗番号) 支店セイジ番号	口座番号 番号ラスト4桁	
銀行★ みずから銀行	()	

★左詰めでご記入ください。 本人確認書類の写し(コピー)、金融機関口座の通帳の写し(コピー)については、[裏面へ](#)



▲開封前にあて名をご確認ください。

Before opening the package, be sure to check whether it is a personal notice or the addressee.
Antes de abrir o pacote, certifique-se de verificar se é uma notificação pessoal ou do destinatário.

浜松市役所

提出期限
令和7年10月31日(金)
[当日消印有効]
Submission deadline
Friday, 31 October 2025
Postmark valid on the same day
Prazo de envio
Sexta-feira, 31 de outubro de 2025
Carne postal válida no mesmo dia

**料金後納
郵便**

重要

親 展

浜松市 定額減税補足給付金(不足額給付) 支給確認書 在中

Hamamatsu City Fixed Tax Reduction Supplemental Benefit (Deficiency Payment) Payment Confirmation Enclosed

Confirmação de pagamento do benefício suplementar de redução de imposto fixo da cidade de Hamamatsu (benefício por deficiência) em anexo

浜松市からの大切なお知らせ

浜松市 定額減税補足給付金(不足額給付) 担当