

令和5年度砥部町低所得世帯支援給付金受給拒否の届出書

砥部町長 様

受付印

- 私は、「令和5年度砥部町低所得世帯支援給付金」の受給について拒否することを、ここに届け出ます。
- 本届出により、「令和5年度砥部町低所得世帯支援給付金」の受給を拒否する者が本人であることを証明するため、本人確認資料を下欄に貼付し提出します。

令和 年 月 日

届出者住所

届出者氏名

届出者連絡先

()

本人確認書類添付箇所

※運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面）、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し

<委任欄> ※代理人による届出の場合のみ記入してください。

代理人	フリガナ	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名		大正・昭和・平成 年 月 日	
				日中に連絡可能な電話番号 ()
上記の者を代理人と認め、 低所得世帯支援給付金の受給拒否の届出を委任します。			世帯主氏名 (受給権者)	署名又は記名押印

※代理人による申請の場合は、世帯主と代理人の本人確認書類の写しを提出してください。