

船橋市定額減税補足給付金（不足額給付） 支給確認書等 送付先変更届
（住民登録地と異なる住所への確認書等の送付を希望する方向け）

船橋市長 あて

私は、下記の事由により住民登録地で確認書等を受け取ることが難しいため、現在の居住地である以下の住所に本給付金にかかる確認書等を送付願います。

なお、申請期限までに市が確認書の到達を確認できない場合は、申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。

支給要件確認書等を住民登録地で受け取ることが難しい理由 にチェック(✓)してください。

施設に入所しているため

基準日以降に船橋市外へ転出（長期出張等含む）

その他（ ）

(フリガナ) 給付対象者氏名	給付対象者生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	給付対象者住民登録上の住所 船橋市 電話 ()
-------------------	--------------------------------------	--------------------------------

●変更後の送付先

送付先住所
〒
(施設名) ※矯正施設や病院等を送付先にする場合は必ず記入

この送付依頼届は今回の給付金にのみ適用されます。

※本人確認書類、送付先住所が確認できる書類の写しを添付してください。

施設管理者の証明により同時に確認できる場合、添付書類はその一点のみで構いません。

【法定代理人が変更届を提出する場合】

法定代理人	(フリガナ) 法定代理人氏名	本人との関係	法定代理人生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	法定代理人現住所 電話 ()

(裏面も必ずご確認ください。)

