

■ 支給対象者氏名および支給額

氏名	仙 台 太 郎
支給額	* * * * * 円

支給確認書の記載内容を確認しました。また、D面の誓約・同意事項に誓約・同意します。

記入日	令和 7年	月	日	電話番号	( )
署名					

※記載内容及びD面の誓約・同意事項をご確認いただき、赤枠で囲っている項目を記入してください。  
 記入する際は消えないボールペンをご使用ください。  
 ※支給対象者ご自身が、フルネームで「署名」してください。  
 ※日中の連絡が可能な「電話番号」の記入をお願いいたします。

提出書類について

このページ(B面)を切り離し、下記①、②の書類とあわせてご提出ください。  
 C面の「提出書類について」もご確認ください。

① 本人確認書類のコピー (A4判)

- 下記のいずれか1つ
- マイナンバーカード (表面)、運転免許証、健康保険証、介護保険証、パスポートなど

② 支給対象者名義の口座を確認できる通帳等のコピー (A4判)

金融機関名・支店名・預金種目・口座番号・口座名義(カナ)がわかるページをご用意ください。(調整給付金の支給口座となります。)

ネット銀行など通帳がない場合は、上記がわかるWEB通帳等の画面のコピー(A4判)をご用意ください。

- 金融機関名・支店名・預金種目・口座番号・口座名義(カナ)のいずれかが確認できない場合、再度提出いただく場合があります。
- キャッシュカードのコピーを提出される場合は、余白に、金融機関名・支店名・預金種目・口座番号・口座名義(カナ)をご記入ください。C面もあわせてご確認ください。

发放确认书(致仙台市长) B面(左侧页面)的填写方法

↓ 请参照下方的说明, 填写寄送给您的发放确认书(致仙台市长)。  
 填写完后, 请将B面从A面剪下, 与所需资料一起放入回邮信封中寄出。

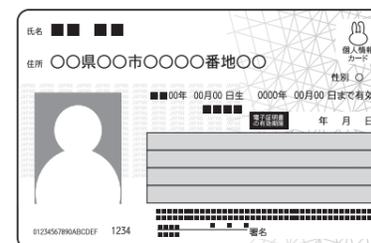
请在确认了发放确认书D面的【注意事项】后填写。  
 请用无法擦除的圆珠笔填写红框部分。  
 在署名栏请写全名。

白天能联系到您的电话号码

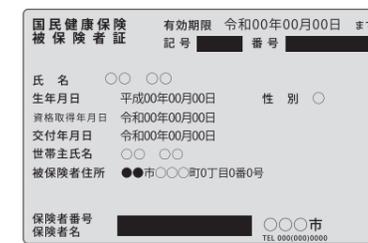
填写日期	令和 7年	8	月	1	日	电话号码	(000) 1234 5678
署名	仙 台 太 郎						

本人身份确认资料(能确认是本人的资料)的复印件

\*请从个人编号卡、健康保险证、残疾人手册、在留卡等本人身份确认资料中, 选择一份复印。



个人编号卡的复印件  
 (请复印个人编号卡的正面, 即有照片的那一面)



健康保险证, 或是健康保险资格确认书的复印件  
 (请将保险人号码及被保险人记号、号码 涂黑)

领取给付金的本人名义的存折复印件

\*请复印/打印可以证明金融机构名称、支店名称、存款种类、账号、账户名义(片假名)的部分。



存折



网上存折等