

■ 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。

지급확인서(센다이 시장 앞) B면(왼쪽 페이지) 작성법

↓ 아래에 적혀 있는 설명을 확인하시고 송부된 지급확인서(센다이 시장 앞)를 기재해 주십시오.
기재하신 후 B면을 A면에서 떼어낸 후, B면을 필요 서류와 함께 회신용 봉투에 넣어 우편으로
보내주십시오.

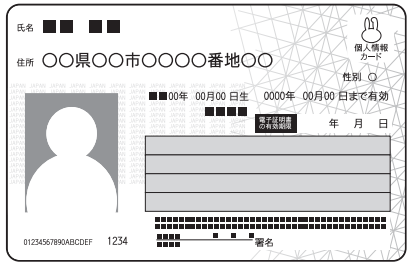
지급확인서 D면의 【유의사항】을 확인하시고 기재해 주십시오.
빨간색 테두리 부분을 지워지지 않는 볼펜으로 적어 주세요.
서명은 성명을 풀네임으로 기재해 주세요.

주간에 연락 가능한 전화번호

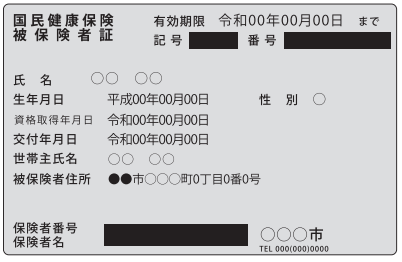
가입일	令和 7 年	8	월	1	일	전화 번호	(000) 1234 5678
서명	仙 台 太 郎						

본인 확인 서류 <본인임을 확인할 수 있는 서류>의 사본

※ 마이 넘버 카드, 건강 보험증, 장애인 수첩, 재류카드 등의 본인확인서류를
복사해주시요.



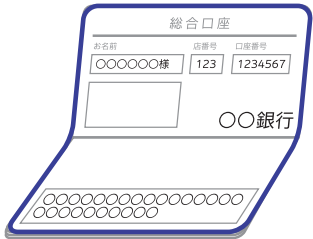
마이 넘버 카드 사본
(마이 넘버 카드는 사진이 있는
표면만을 복사해 주십시오)



건강 보험증 또는 건강보험 자격확인서 사본
(보험자 번호 및 피보험자 기호·번호는
보이지 않도록 까맣게 칠해주세요)

급부금을 받기 위한 본인 명의의 통장 사본

※ 금융기관명, 지점명, 예금종별, 계좌번호, 계좌명의 (가타카나) 가 표시된
곳을 복사해 주세요.



통장



WEB 통장 등