

令和5年度十和田市住民税均等割のみの課税
がなされる世帯への給付金受給拒否の届出書

十和田市長 様

受給権者 _____ は、「令和5年度十和田市住民税均等割のみの課税が
なされる世帯への給付金」の受給について拒否することを、ここに届け出ます。

令和 年 月 日

届出者住所

届出者氏名

（ 発 送 番 号 : _____ ）

届出者連絡先

※代理人が届出する場合は、裏面の代理人欄に記入してください。

本人確認書類

・届出するかたのマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポート等の写し

【代理人が受給拒否の届け出を行う場合】

代理人	フリガナ	受給権者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名		明治・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、令和5年度十和田市住民税均等割のみの課税がなされる世帯への給付金の受給拒否の届出を委任します。			世帯主氏名	署名 (又は記名押印) 

世帯主確認書類

- ・世帯主のマイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポート等の写し