

石井町定額減税補足給付金（不足額給付）受給辞退の届出書

支給市区町村
石井町
市区町村長殿



1. 私は「石井町定額減税補足給付金（不足額給付）」の受給について辞退することを、ここに届け出ます。
2. 本届出により、「石井町定額減税補足給付金（不足額給付）」の受給を辞退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
（いずれか1つ）