

低所得者支援給付金(こども加算)受給拒否の届出書

本給付金の受給を拒否する方のみご提出ください。

- 1, 私は、「低所得者支援給付金(こども加算)」の受給について拒否することを、ここに届け出ます。
- 2, 本届出により、「低所得者支援給付金(こども加算)」の受給を拒否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

世帯主住所 奈良県五條市○○町○○-○

世帯主の住所、氏名、
連絡先を記入してください。

世帯主氏名 ○○ ○○

世帯主連絡先 ××××(××)××××

本人確認できる運転免許証、健康保険証などの
コピーを添付してください。

※運転

の写し