

調整給付金（不足額給付分）受給辞退の届出書

武豊町長

1. 私は「調整給付金（不足額給付分）」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、「調整給付金（不足額給付分）」の受給を辞退する者が本人であることを証明するため、本人確認書類を下欄に貼付します。

年 月 日

（届出者）

住所

氏名

連絡先

代理人が届出書を提出する場合は、下記欄にご記入ください。

代理人	フリガナ	申請者との 関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名		大・昭・平・令 年 月 日	日中に連絡可能な電話番号（ ） 署名（本人の自筆に限る）
上記の者を代理人と認め、 調整給付金（不足額給付分）受給辞退の届出書の提出を 委任します。			本人氏名 （支給対象者）	

本人(代理人)確認書類添付箇所

※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等の顔写真付きの本人確認書類の写しの場合は1点、医療保険証(資格確認書も可)、介護保険証等の顔写真無しの本人確認書類の写しの場合は、2点必要です。

※代理による場合は、本人及び代理人の本人確認書類を添付してください。