

多治見市令和 7 年度低所得者支援及び定額減税補足給付金（不足額給付）
受給辞退の届出書

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

多治見市長

- 1 私は、多治見市令和 7 年度低所得者支援及び定額減税補足給付金（不足額給付）につき、
受給を辞退することをここに届け出ます。
- 2 本届出が、多治見市令和 7 年度低所得者支援及び定額減税補足給付金（不足額給付）の
受給を辞退する本人によるもの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、
提出します。

届出者住所	〒 —
届出者氏名	
届出者連絡先	※日中連絡可能な電話番号

本人確認書類 貼付け欄

運転免許証、マイナンバーカード（顔写真の面）、
パスポート、健康保険証、介護保険証などの写し
（本人の氏名、住所、生年月日が分かる書類のいずれか 1 点を貼付け）