

令和7年度鎌倉市定額減税補足給付金

(不足額給付I)の申請について

目 的	当初調整給付の算定に際し、令和5年所得等を基にした推計額(令和6年分推計所得税額)を用いて算定したことなどにより、令和6年分所得税及び定額減税の実績額等が確定したのちに、本来給付すべき所要額と、当初調整給付額との間で差額が生じた方へ不足額を給付するものです。
申請対象となりうる人の例	(1) 令和5年所得に比べ、令和6年所得が減少したことにより、「令和6年分推計所得税額(令和5年所得)」より「令和6年分所得税額(令和6年所得)」が少なくなった方 (2) こどもの出生等で扶養親族が令和6年中に増加したことにより「所得税分定額減税可能額」が当初調整給付時より多くなった方 (3) 当初調整給付後に税額修正が生じたことにより、令和6年度個人住民税所得割額が減少し、都度対応ではなく、不足額給付時に一律対応することとされた方 ※ご自身が対象となるかは裏面フローチャートからご確認ください。 ※令和6年の合計所得金額が1805万円を超える方は定額減税制度の対象外です。
支給額の算定について	令和6年中に鎌倉市に転入された方については、令和6年度の住民税情報、当初調整給付支給額等を市が把握していないため、ご自身で不足額給付の金額を計算し、申請をしていただく必要があります。 右ページの算定表によりご自身の支給額を計算し、申請してください。 ※算定表による計算結果が0より小さくなる場合は本給付金の対象外であるため申請書の提出は不要です。 ※添付された書類、法令に基づき転入元自治体へ照会した税情報等の情報により市が支給額を再算定した場合は、不備補正通知書及び確認書により支給額の確認を求めることがあります。

以下、鎌倉市の場合(市区町村によって異なる場合があります)

申請方法	鎌倉市が税情報等を把握できる方へは「確認書」等を送付しています。送付がない方で申請対象となる場合は、右側の「申請書兼請求書」を切り離し裏面まで記入の上、下記に郵送してください。 【郵送先】〒330-9890 日本郵便株式会社 さいたま新都心郵便局 私書箱150号 株式会社 広済堂ネクスト 行 (株式会社広済堂ネクストは、鎌倉市の給付金事業を受託している事業者です)
必要書類	(1)申請書 (2)支給額の算定に使用した書類のコピー ※算定に必要な書類は算定表の注釈をご確認ください。 (3)口座情報が確認できる書類(通帳やキャッシュカード等)のコピー (4)申請者(及び代理人)の本人確認書類のコピー (5)代理人確認書類(裏面「4.代理人」欄参照) ※必要な方のみ
申請期限	令和7年10月31日(金)※当日消印有効

令和7年度鎌倉市定額減税補足給付金

(不足額給付I)申請書兼請求書

鎌倉市長あて



1. 申請・請求者

フリガナ 氏 名	生年月日	現住所
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	日中連絡可能な電話番号: ()

2. 不足給付額の算定表

以下の算定表の空欄を記入し、不足給付額を算定してください。

所得税	定額減税可能額(①) (3万× (本人+扶養親族数*1 人))	令和6年分所得税(②)	令和6年分所得税分の 控除不足額(③)
	円	円	円
住民税	定額減税可能額(④) (1万× (本人+扶養親族数*2))	令和6年度 住民税所得割額(⑤)	令和6年度住民税所得割分の 控除不足額*3(⑥)
	円	円	円
令和7年 所要額	令和6年分所得税分の 控除不足額(③)	令和6年度住民税所得割分の 控除不足額(⑥)	控除不足額計(⑦)
	円	円	円
		令和7年の所要額(⑧) (上記⑦を1万円単位に切り上げ)	円
支給額	令和7年の所要額(⑧)	当初調整給付支給額(⑨) (令和6年に実施)*4	不足額給付支給額(⑩)
	円	円	円

※1 令和6年12月31日時点の扶養親族等(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
※2 令和5年12月31日時点の扶養親族等(16歳未満扶養親族含む。国外居住者は除く。)
※3 上記⑥「令和6年度住民税所得割分の控除不足額」とは、昨年度に実施された令和6年度個人住民税所得割の定額減税において、定額減税しきれなかった額のことです。令和6年1月2日以降に鎌倉市に転入された方については、令和6年度住民税の状況を市で把握していないため、ご自身で各書類から転記していただく必要があります。「税額決定・納税通知書」「特別徴収税額通知書」には、原則控除外額、控除不足額として記入されていますので、その額を⑥に記載してください。⑥の額が不明な場合には、令和6年度住民税が課税された自治体で、「令和6年度住民税所得割分の控除不足額」が確認できる書類を取得の上転記してください。また、記入に用いた書類は申請書に同封の上ご提出ください。
※4 上記⑨「当初調整給付支給額」とは、定額減税しきれないと見込まれる方への給付として、令和6年度に実施された当初調整給付の金額のことです。令和6年1月2日以降に鎌倉市に転入された方については、当初調整給付の金額を市で把握していないため、ご自身で各書類から転記していただく必要があります。「支給確認書」や「支給決定通知」などに支給額が記載されていますので、その額を⑨に記載してください。⑨の額が不明な場合には、令和6年度住民税が課税された自治体で、「当初調整給付の金額が確認できる書類」を取得の上、転記してください。また、記入に用いた書類は申請書に同封の上ご提出ください。
※5 計算式に相違がある場合はコールセンター(0120-001-646)までご連絡ください。

・支給確認書及び必要書類に不備がなく支給決定された場合、通知書を送付します。書類受付から支給まで1~2カ月程度かかる見込みです。

※ 裏面もご記入ください

3. 受取口座記入欄 (原則「1.申請・請求者」名義の口座とします。)

下欄に振込希望の口座情報を記入の上、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

金融機関名				支店名				口座番号				口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください			
銀行・金庫・信濃連 信組・農協 信連・漁協				本・支店 出張所											
金融機関番号				店番号				分類		①普通 ②当座					
ゆうちょ銀行				店番・通帳記号 6桁目がある場合は※欄に記入				口座番号				口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせてください			
				※											

※金融機関で口座が作れない等、やむをえず口座による受け取りができない方は、鎌倉市臨時特別給付金コールセンター（☎0120-001-646）までお問い合わせください。
※確認者以外の口座に振込を希望する場合は、「4.代理人欄」も併せてご記入ください。

4.代理人欄

代理人	フリガナ 代理人氏名		受給者との 関係	代理人生年月日		代理人住所
				大正 昭和 平成 年 月 日		
				日中連絡可能な電話番号: ()		
上記のものを代理人と認め、本給付金の受給を委任します。				受給者氏名		署名(または記名押印) 印

それぞれの欄に、必要書類のコピーを貼り付けてください。 ※原本は添付しないでください

【必須】右記の書類を必ず添付してください。	のりしろ	
	1. 振込先金融機関口座確認書類を添付してください。 「通帳」や「キャッシュカード」等のコピー 金融機関名・支店・口座番号・口座名義(カナ)がわかる部分をご提出ください。 ※ネットバンキングの場合は画面の写しを添付	
4. 代理受給を行う場合	のりしろ	
	●代理人の本人確認書類のコピー 本人確認書類の例 (写真ありの場合1点、写真なしの場合2点添付してください。) 写真あり…マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、障害者手帳等 写真なし…健康保険証、年金手帳、介護保険証、基礎年金番号通知等 ※成年後見人等の法定代理人は資格が確認できる書類(発行後3カ月以内)をあわせて提出してください。(登記事項証明書のコピー等)	

本申請の内容に相違ありません。	令和	年	月	日
申請者署名(又は記名押印):				

