

揖斐川町電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援給付金（追加給付）

受取辞退届出書

受付印

揖斐川町長 様

私は、「揖斐川町電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援給付金（追加給付）」の受給について辞退することを、ここに届け出ます。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 ( ) \_\_\_\_\_

※代理人による届出の場合に記入ください。

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

代理人連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

世帯主との関係 \_\_\_\_\_

届出期限 令和6年2月16日（金） 必着

※この届出書を提出した場合、給付金は支給されません

本人確認書類添付箇所

(代理人による届出の場合は代理人の本人確認書類を添付ください)

※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