

調整給付金(不足額給付分)受給辞退の届出書

河内町長 様

市区町村
受付印

- 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、本人確認資料を下欄に貼付し提出します。

年 月 日

届出者住所 _____

届出者氏名 _____

届出者連絡先 _____ (_____)

本人確認書類添付箇所

※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
(いずれか1つ)