

## 令和7年度札幌市定額減税補足給付金（不足額給付金）のご案内

札幌市では、国の決定に基づき、令和6年度札幌市定額減税補足給付金（調整給付金）の算定に際し、令和5年分所得等を基に給付金の支給額を推計したこと等により、令和6年分所得税額及び定額減税の実績額等が確定した後に、本来支給すべき支給額（調整給付所要額）と調整給付金の支給額（当初調整給付額）に差額が生じた方等へ、その差額を令和7年度札幌市定額減税補足給付金（不足額給付金）（以下「不足額給付」という。）として支給します。

**本給付金の支給を受けるには確認書の提出が必要です。**裏面の記入例を参考に、同封されている確認書を返送してください。

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                    |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| 支給額<br>及び算定式                                                                                                                                | 不足額給付支給額(太枠部分の額が本給付金の支給額です)                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |                    |                 |
|                                                                                                                                             | 所得税                                                                                                                                                                                                                                                                            | 定額減税可能額※1※2<br>円   | 令和6年分確定所得税額<br>円   | 控除不足額①<br>円     |
|                                                                                                                                             | 住民税<br>所得割                                                                                                                                                                                                                                                                     | 定額減税可能額※1※2<br>円   | 令和6年度分住民税所得割額<br>円 | 控除不足額②<br>円     |
|                                                                                                                                             | 調整給付所要額①+②※3<br>円                                                                                                                                                                                                                                                              |                    |                    | 当初調整給付額⑤※3<br>円 |
| 不足額給付支給済額<br>円                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                    |                 |
| 不足額給付支給額<br>円                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                    |                 |
| 当初調整給付額                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                    |                 |
| 所得税                                                                                                                                         | 定額減税可能額※1※2<br>円                                                                                                                                                                                                                                                               | 令和6年分推計所得税額<br>円   | 控除不足額③<br>円        |                 |
| 住民税<br>所得割                                                                                                                                  | 定額減税可能額※1※2<br>円                                                                                                                                                                                                                                                               | 令和6年度分住民税所得割額<br>円 | 控除不足額④<br>円        |                 |
| 控除不足額③<br>円 + 控除不足額④<br>円 = 控除不足額③+④<br>円                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    | 当初調整給付額⑤※3<br>円    |                 |
| ※1 3万円(所得税分)・1万円(住民税分)に、(本人+扶養親族数)を乗じた金額です。<br>※2 扶養親族は、定額減税の対象となる配偶者及び16歳未満の扶養親族(国外居住者を除く)を含みます。<br>※3 調整給付所要額及び当初調整給付額は、1万円未満を切り上げて算定します。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                    |                 |
| 支給時期                                                                                                                                        | 確認書の審査が完了した方から順次お支払いいたします。<br>(お支払い後に振込完了通知書を郵送いたします。)                                                                                                                                                                                                                         |                    |                    |                 |
| 返送期限                                                                                                                                        | <b>令和7年10月31日(当日消印有効)</b><br>なお、期限までに返送がない又は返送いただいた確認書に不備があり、札幌市の指定する期日までに必要な修正が行われない場合は、本給付金の受給を辞退したものとみなします。                                                                                                                                                                 |                    |                    |                 |
| 申請方法                                                                                                                                        | ①確認書A欄を確認し、確認書A欄に記入してください。<br>②確認書B欄を確認し、必要事項を記入の上、振込先金融機関口座確認書類（通帳やキャッシュカードの写し）、本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、保険証等の写し）を同封の貼り付け台紙に貼り付け、確認書とあわせて返送用封筒に同封し返送してください。<br>③代理人が確認等される場合は、確認書C欄を記入の上、代理人の本人確認書類と対象者の本人確認書類を添付してください。（ただし、法定代理人の場合は、法定代理人の本人確認書類と法定代理人であることを証する書類を同封してください。） |                    |                    |                 |

## 給付金の制度やお手続き方法についてのご相談ダイヤル

札幌市給付金 相談コールセンター

050-3352-2002

制度の詳細につきましては、  
札幌市公式ホームページを  
ご参照ください➡



(受付時間 平日9:00~18:00) ※令和7年8月、9月は土・日・祝日(9:00~18:00)も受付しております。

## 令和7年度 札幌市定額減税補足給付金(不足額給付金)確認書

令和7年度札幌市定額減税補足給付金(不足額給付金)について、支給対象者に該当するため、以下のとおり支給額をお知らせします。

以下の内容を確認し、受給を希望される場合は**令和7年10月31日(当日消印有効)**までに、この確認書を返送してください。

|      |  |     |  |
|------|--|-----|--|
| 氏名   |  |     |  |
| 支給方法 |  | 支給額 |  |

### A 確認欄

私は、本確認書の内容を確認しましたので、給付金の受給を希望します。

|      |    |             |                        |
|------|----|-------------|------------------------|
| フリガナ |    | 確認日         | 令和 年 月 日               |
| 氏名   | 署名 | 連絡先<br>電話番号 | ※日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。 |

給付金を受給しない場合、確認書の返送は不要です。確認内容が誤っている場合は給付金の返還を求める場合があります。意図的に虚偽の確認をした場合は不正受給として詐欺罪に問われることがあります。期限までに返送がない又は返送いただいた確認書に不備があり、札幌市の指定する期日までに必要な修正が行われない場合は、本給付金の受給を辞退したものとみなします。署名等の記載が漏れていた場合も、確認書の返送があった場合は、本給付金の受給に同意したものとみなします。

### B 振込口座記入欄

**下記に振込先(原則、本人名義の口座)を記入してください。**  
**本人確認書類と振込口座確認書類を必ず添付してください。**

| 金融機関名                                                     | 支店名                           | 口座種別         | 口座番号<br>※右詰めでお書きください | 口座名義人<br>※通帳の表記に合わせてください |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|----------------------|--------------------------|
| 1. 銀行 4. 信連 7. 信漁連<br>2. 金庫 5. 農協<br>3. 信組 6. 漁協          | 本・支店<br>本・支所<br>出張所           | 1 普通<br>2 当座 |                      | カナ<br>漢字                 |
| 金融機関番号                                                    | 店番号                           |              |                      |                          |
| ゆうちょ銀行への振込をご希望の方のみ                                        | 通帳記号<br>(6桁目がある場合は※欄にご記入ください) |              | 通帳番号<br>※右詰めでご記入ください | 口座名義人<br>※通帳の表記に合わせてください |
| ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入ください。 | 1 0 ※                         |              |                      | カナ<br>漢字                 |

### C 代理人が確認(受給)する場合は、下欄に記入してください。

下欄に記入の上、代理人の本人確認書類と対象者の本人確認書類を添付してください。  
(ただし、法定代理の場合は、法定代理人の本人確認書類と法定代理人であることを証する書類を同封してください。)

**B**欄で振込口座を変更・指定される場合は、振込先金融機関口座確認書類も添付してください。

|                                                                                                                     |               |             |                      |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|----------------------------------------------------|
| 代理人                                                                                                                 | フリガナ<br>代理人氏名 | 対象者との<br>関係 | 代理人生年月日              | 代理人住所                                              |
|                                                                                                                     |               |             | 明治・大正・昭和・平成<br>年 月 日 |                                                    |
|                                                                                                                     |               |             |                      | ※日中に連絡可能な電話番号 ( )                                  |
| 上記者を代理人と認め、<br>本給付金の [ <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 受給 ] を委任します。<br>↑法定代理の場合は、委任方法の選択は不要です。 |               |             |                      | 署名(又は記名押印) ※法定代理の場合は、署名(又は記名押印)は不要です。<br>対象者氏名 (印) |