

調整給付金受給辞退の届出書

加東市長 様

市区町村
受付印

- 1, 私は、「調整給付金」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」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。

令和 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

※運転免許証、マイナンバーカード（表面）
パスポート、健康保険証等の写し（いずれか1つ）

代理人が届出を行う場合は裏面もご確認ください

(裏面)

【代理人が受給辞退の届出を行う場合】

代 理 人	フリガナ	本人 との 関係	代理人 生年月日	代 理 人 住 所	
	代理人氏名				
				年 月 日	電話 ()
上記の者を代理人と認め、調整給付金の受給辞退の届出を委任します。			本人氏名	署名	

代理人の本人確認書類

※運転免許証、マイナンバーカード（表面）

パスポート、健康保険証等の写し（いずれか1つ）

代理人が調整給付金の受給辞退の届出をする場合に貼り付けてください。