

# 過誤納金還付請求書

平成 年 月 日

稲敷市長様

対象者	住所												
	氏名												
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日								
還付理由	1. 死亡（平成 年 月 日喪失） 2. 重複納付 3. 転出（平成 年 月 日喪失） 4. その他（ ）												
税目（科目）	年度	通知書番号 又は 被保険者番号								還付金額			
<input type="checkbox"/> 市県民税										円			
<input type="checkbox"/> 固定資産税										円			
<input type="checkbox"/> 軽自動車税										円			
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税										円			
<input type="checkbox"/> 介護保険料													円
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料													円

上記のとおり請求し、下記の金融機関口座へ振り込みを依頼します。

請求者	住所	〒												
	氏名									印	電話番号			
	対象者が死亡した場合の続柄	1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 5. 兄弟姉妹 6. その他（ ）												
金融機関名						支店名								
銀行・信用金庫 信組・農協						本店・支店 本所・支所								
預金種別		口座番号												
1. 普通 2. 当座														
口座名義人		フリガナ												
		氏名												

○ゆうちょ銀行への振り込みには、振込用の店名（三桁の数字）・口座番号を記入してください。

○過誤納金還付の請求者は、対象者又は相続人代表者様への振り込みとなります。それ以外の方の口座を希望される場合は、以下の委任状を記入してください。

<h2>委任状</h2>													
平成 年 月 日													
委任者（請求者）の氏名												印	
過誤納金の受領を以下の者に委任します。													
代理人	住所	〒											
	氏名									印	電話番号		