**過 誤 納 金 還 付 請 求 書**

　　　年　　　月　　　日

　稲　敷　市　長　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 還　付　理　由 | 1.死亡（　　　　年　　月　　日喪失）　2.重複納付 |
| 3.転出（　　　　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 |
| * 市県民税
 |  |  | 円 |
| * 固定資産税
 |  |  | 円 |
| * 軽自動車税
 |  |  | 円 |
| * 国民健康保険税
 |  |  | 円 |
| * 介護保険料
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| * 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。

|  |
| --- |
| 委　　任　　状　　　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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 市処理欄 | 請求書原本保管課　／　□税務課　□納税課　□保険課　□高齢福祉課 |