**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 |