

国民健康保険税 過誤納金還付請求書
(兼 充当承諾書)

受付印

那賀町長 殿

(請求日)

年 月 日

次の納税義務者にかかる過誤納還付金を請求します。

また、当該世帯に国保税の未納がある場合、過誤納金を未納分へ充当することを承諾します。

 申立書 (納税義務者が死亡した場合、□にチェックしてください)

私は、相続人代表として次の納税義務者の国民健康保険にかかる申請、請求及び受領を行うことをここに申し立てます。なお、支給額に分配の必要が生じた場合には、私が責任を持って他の相続人に対し分配します。

納税義務者※	(普主・擬主)			還付理由	
還付予定額合計	円	年度		期月	
納税状況	未納 (有・無)	充当先	年度	期月	

請求者・申立人
(世帯主もしくは相続代表人)

〒 ー 住所

氏名

生年月日 年 月 日

電話番号(携帯)

※納税義務者から見た続柄

※納税義務者と請求者・申立人の関係が住民票上で確認できない場合、関係性のわかる書類(戸籍謄本、成年後見人登記事項証明書等のコピー)の提示・提出が必要な場合があります。

振込先口座情報 ※原則、請求者・申立人の口座となります。						
金融機関名	銀行・農協			本店		
	信用金庫・組合			支店		
	金融機関コード	支店コード	預金種目	口座番号(右づめ)		
		1 普通				
		2 当座				
口座名義人	フリガナ			区分	<input type="checkbox"/> 請求者本人 <input type="checkbox"/> その他	

※キャッシュカードまたは通帳の見開きのコピーを併せてご提出ください(必須ではありません)。

 委任状 (口座名義人が請求者と異なる場合)

次の者を代理人と認め、上記過誤納金の受領に関する一切の権限を委任します。

口座名義人(代理人) 住所

氏名 (生年月日)

電話番号 (続柄)

委任者(請求者) 署名押印

印

※ 町処理欄	申請者本人確認書類(必須)	関係確認	確認者	債権者	収納	決定額	還付決議
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 成年後見人		登録 <input type="checkbox"/> 済	未納 有・無	還付 円 円	