|  |
| --- |
| 口 座 振 込 先 指 定 欄 |
| 金融機関名 |  銀行　農協　　　　　　 金庫　組合 |
| 支店名 |  所　　　　　　　　　 店 |
| 口座種別 | １.普通　　２.当座 |
| 口座番号 | No |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 連絡先 | （　　　）　　　－ |

後期高齢者医療保険料過誤納還付金請求書

下記の金額を請求します。

相続人の住所

相続人の氏名

|  |
| --- |
| 科目　賦課年度：　　　　相当年度：　　　　通知書番号： |
|  |  |
| 納付義務者 |
|  |  |
| 備考　支払区分： |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 還 付 番 号 |  |
| 還付請求額 |  円 |

|  |
| --- |
| 委　任　状 |
| 上記還付金の受領に関しては、下記の者に委任いたします。 |
|  | 　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |
|  |  |
|  |  |
| 氏　　名 |
| 電話番号 |

|  |
| --- |
| 還 付 金 領 収 書 |
| 上記金額を領収しました。 |
| 泉南市長　様 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |
|  |  |
|  |  |
| 氏　　名 |
| 電話番号 |

《ご注意事項》請求人と口座名義人または受取人が異なる場合は委任状への記入をお願いします。※還付の時効は２年です。