

税 ( 市県民税、軽自動車税(種別割)  
固定資産税・都市計画税 )  
国民健康保険  
介護後 期 護 高 齢 保 者 医 療 保 険 療 養

相続人代表者届出書

(あて先)和歌山県後期高齢者医療広域連合長  
(あて先)橋本市長

年 月 日

相続人代表者	氏名 又は 名称	(署名又は記名押印)
	住所 又は 所在地	〒
	TEL:	( )

下記の被相続人について、下記の税・保険料の賦課徴収(滞納処分を除く)及び還付に関する書類の受領、保険の給付の申請及び受領の権限について、相続人を代表して行うことを届出します。並びに、税・保険料・給付の還付金や給付金の振込先として下記口座を申請します。

- 1) 税【市県民税、固定資産税・都市計画税、軽自動車税(種別割)】の賦課徴収(滞納処分を除く)及び還付に関する書類(地方税法第9条の2第1項の規定による)の受領
- 2) 国民健康保険税の賦課徴収(滞納処分を除く)及び還付に関する書類(地方税法第9条の2第1項の規定による)の受領並びに国民健康保険の給付に関する申請及び受領
- 3) 介護保険料の賦課徴収(滞納処分を除く)及び還付に関する書類の受領並びに介護保険の給付に関する申請及び受領
- 4) 後期高齢者医療保険料の賦課徴収(滞納処分を除く)及び還付に関する書類の受領並びに後期高齢者医療の給付に関する申請及び受領

※ 1)~4)で希望しない事項については、二重線で消してください。

なお、この届出の内容について問題が生じた場合や、還付金や給付金の受領による利害の紛争又は疑義等の問題が生じた場合は、私の責任において解決することを誓約します。

被相続人 (亡くなった方)	氏 名		
	住 所		
	死亡年月日		
	被保険者 番号	国民健康保険	
介 護 保 険			
後期高齢者医療保険			

還付金・給付金の振込口座

金融機関	支店名	種別	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	支店 出張所	普通・当座		

※還付金や給付金を受領すると、後に被相続人に対して相続放棄できなくなる場合があります。相続放棄される場合は、ご連絡いただきますようお願いいたします。

1)又は2)を受領いただける場合は、裏面の相続人の氏名・住所などを記入してください。

1)又は2)を受領いただける場合は、下記の相続人の氏名・住所などを記入してください。

	フリガナ		被相続人 からみた 続柄	住 所
	氏 名			
	法人番号(個人番号は記載しない)			
相 続 人	代表者			<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">                     前述の届出のとおり                 </div>
(全員を記載して下さい) 代表者以外の相続人				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )
				TEL ( )

※上記の「代表者以外の相続人」欄については、本人の署名が困難な場合、本人の了解をえていただければ代筆でも構いません。  
 欄が足りない場合は別紙で作成して添付して下さい。

以下、市記載欄(記入しないでください)				牽引番号	
起案 供覧	年 月 日	決 裁 供覧済	年 月 日	施行	年 月 日
文書分類番号			保存期間 年		
部長	課長	補佐	係長	係	担当者

受領担当課(係)

民税	固定	収納	国保	後期	介護