

相 続 人 代 表 者 指 定 届

年 月 日

羽村市長 宛

相続人代表者

郵便番号

住 所

ふりがな
氏 名

生年月日年.....月.....日..... 電話番号.....

被相続人にかかる、徴収金の賦課徴収に関する書類を受領する代表者として、地方税法第9条の2第1項の規定により届け出します。なお、この届出および相続に関して相続人の間で問題が生じた場合は、当方において解決いたします。

また、被相続人にかかる下記項目につきましても同意いたします。

- 給付金等の受領について、受取人を上記の者とする事。
- 後期高齢者医療保険に関する連絡先及び通知等の受取人を上記の者とする事。
- 介護保険に関する連絡先及び通知等の受取人を上記の者とする事。
- この届出書を市税・保険税・保険料に関する部署に提供すること。

被相続人
住 所

氏 名

死亡年月日

相続人 (連署)	氏 名	住 所	続柄	相続割合 <small>(民法第900条及び901条 の法定相続分又は同法第 903条の指定相続分)</small>

※相続人の欄は各相続人が自署してください。

羽 村 市 職 員 使 用 欄

※原本は受領した課・係で保管します。供覧後は上部に記載された「受領課・係名」まで戻してください。

納税課	市民税係	資産税係	保険係	高齢医療・年金係	介護保険係
/	/	/	/	/	/