

# 記入例

第6号様式（第9条関係）

相続人代表者指定届出書				
			〇〇年 〇月××日	
多摩市長 殿		相続人 代表者氏名 <b>多摩 太郎</b> ※押印不要 氏 名 <b>多摩 花子</b> 氏 名 <b>稲城 次郎</b> 氏 名 氏 名 氏 名		
地方税法第9条の2第1項の規定により、被相続人に係る徴収金の賦課徴収（滞納処分を除く。）及び還付に関する書類を受領する代表者を次のとおり指定したので届け出ます。				
被相続人	ふりがな氏名	<b>たま いちろう 多摩 一郎</b>	生年月日 <b>昭和〇〇年 ×月 〇日</b>	
	住所又は居所	<b>多摩市関戸6丁目12番地1</b>		
	死亡年月日	〇〇年 ××月 〇日		
相続人代表者	ふりがな氏名又は名称	<b>たま たろう 多摩 太郎</b>	被相続人との続柄 <b>長男</b>	
	住所(居所)又は所在地	<b>多摩市関戸6丁目12番地1</b>	地方税法第9条第2項に規定する相続分 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                         個人の方は番号不要です                     </div>	
	法人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	生年月日	昭和〇年 ×月 〇日		
	電話番号	<b>042-375-8111</b>		
相続人	ふりがな氏名又は名称	住所(居所)又は所在地	被相続人との続柄	地方税法第9条第2項に規定する相続分
	<b>たま はなこ 多摩 花子</b>	<b>多摩市落合〇丁目××番地〇×</b>	<b>長女</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                         個人の方は番号不要です                     </div>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	<b>いなぎ じろう 稲城 次郎</b>	<b>稲城市東長沼〇〇××番地</b>	<b>次男</b>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                         個人の方は番号不要です                     </div>
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

※自署にてご記入ください。

年 月 日 担当税目／ 受付