

証紙返還申請書（一般証紙用）

種 別	返 還 申 請 枚 数	金 額
1 0,0 0 0 円	1 枚	10,000 円
5,0 0 0 円	枚	円
2,0 0 0 円	枚	円
1,0 0 0 円	枚	円
5 0 0 円	2 枚	1,000 円
2 0 0 円	枚	円
1 0 0 円	枚	円
5 0 円	枚	円
1 0 円	枚	円
5 円	枚	円
計	3 枚	11,000 円

(返還の理由)

☐ 今後の申請の見込みが無くなり、申請手数料が不要になったから。
(必ず記入)購入当初申請目的
(必ず記入)不要になった理由

☒ その他 証紙廃止のため。

(証紙の購入場所) 宇都宮市保健所 (購入店舗名または市施設名)

(証紙の購入日) 令和 〇 年 ×月 〇日

上記理由により証紙を返還しますので、還付してください。

令和 〇年 ×月 △日

(あて先) 宇 都 宮 市 長 (申請者)

住 所 宇都宮市旭 1－1－5

氏 名 宇都宮 太郎

電話番号 090-××××-△△△△

返還証紙代金口座振込先

・金融機関名 〇〇銀行

・預金種目 普通・当座

(フリガナ) ウツノミヤ タロウ

・口座名義 宇都宮 太郎

・本支店名 〇〇支店

・口座番号 1234567

決 裁 年 月 日 ☐ 返還を認める ☐ 返還を認めない

室 長

本市記載部分のため、申請者の方は何も書かないでください

※ この申請書を宇都宮市が受理した日より 30 日以内に、還付又は不還付の決定を通知します。
なお、還付決定の場合は、還付金の振込みをもって通知とさせていただきます。