

特別徴収義務者の所在地・名称等変更届出書

		※町処理欄		1. 現年度 2. 新年度 3. 両年度		
(あて先) 東伊豆町長 令和 年 月 日 提出	給与(特別徴収義務者)支払者	所在地 〒	特別徴収義務者 指 定 番 号			
		フリガナ 名 称				
		代表者の 職氏名印	(印)	この届 出に係 る連絡 先	係	
		法人番号		氏名		
			電話			

◎変更があった場合はすみやかに提出してください。
 ◎変更する事項のみ記入してください。ただし、代表者のみの変更の場合は提出不要です。
 ◎誤読を避けるため、フリガナは必ずつけてください。

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

事 項	変更前 (旧)	変更後 (新)
フリガナ		
所 在 地	〒	〒
フリガナ		
方 書		
フリガナ		
名 称		
電 話 番 号		
関係書類送付先 <small>〔上記所在地と異なる場合に記入してください。〕</small>	〒	〒
変更理由 <small>〔該当の□にレを記入してください。〕</small>	1. 名称変更 <input type="checkbox"/> 社名変更 <input type="checkbox"/> 合併による変更 (<input type="checkbox"/> 旧社名の法人は登記上存続し社名変更 <input type="checkbox"/> 旧社名の法人は登記上解散し合併された) <input type="checkbox"/> 分割による変更 <input type="checkbox"/> その他 2. 所在地変更 <input type="checkbox"/> 事務所等が移転 (登記簿変更有) <input type="checkbox"/> 送付先変更 (登記簿変更無) <input type="checkbox"/> その他 () 3. その他 <input type="checkbox"/> 徴収の一本化 <input type="checkbox"/> 事務所等の廃止 <input type="checkbox"/> 事業の休止 <input type="checkbox"/> 事業の廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()	
合併・吸収及び 分割の場合に 記入してくだ さい。	合併・吸収・ 分割先の名称	特別徴収義務者 指 定 番 号
	法人番号	有 () ・ 無
合併・吸収・分割後の指定番号		合併・吸収・分割後の納入開始時期
1. 旧特別徴収義務者の指定番号 () を継続使用する。 2. 合併・吸収・分割先の制定番号 () を使用する。 3. 新規に指定番号を取得する。		令和 年 月 日 納入期 (月 日) から納入予定
		納 入 書 要・不要

(注) 合併の場合は、「給与支払報告・特別徴収に係る給与所得者異動届出書」も、必ず提出してください。