

特別徴収義務者の所在地・名称等変更届出書

		※市（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 支 払 者 (特別徴収義務者)	所在地	〒										特別徴収義務者 指 定 番 号			
		フリガナ 名 称											この届 出に係 る連絡 先	係		
		代表者の 職氏名												氏名		
		法人番号														

◎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	〒	〒	
変更理由 (該当の□にレを記入してください。)	1. 名称変更 <input type="checkbox"/> 社名変更 <input type="checkbox"/> 合併による変更 (旧社名の法人は登記上継続し社名変更 <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	有 () ・ 無
	法人番号	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・分割先の指定番号 () を使用する。 3. 新規に指定番号を取得する。		理由が2. 3. の場合は、給与所得者異動届出書を別途提出してください。
			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。