

特別徴収義務者の所在地・名称変更届出書

受付印
(あて先) 佐賀県小城市 長宛
年 月 日 提出

特別徴収義務者 (給与支払者)	フリガナ		特別徴収義務者 指 定 番 号											
	名 称 (氏 名)			連 絡 先	所 属									
	所 在 地 (住 所)	〒 -			氏 名									
				電 話 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。
 ◎誤脱を避けるため、フリガナは必ずつけてください。

変更年月日 平成 年 月 日

事 項	変 更 前 (旧)	変 更 後 (新)
法人番号 (個人番号は記載不要)		
フリガナ		
名 称 (氏 名)		
フリガナ		
所 在 地 (住 所)	〒 -	〒 -
電 話 番 号	- -	- -
関係書類送付先 (上記以外を希望される場合に記入してください)	〒 住所： 電話番号 - -	〒 住所： 電話番号 - -
変 更 理 由 (該当の□に✓を記入してください)	1 名称変更 <input type="checkbox"/> 社名変更 <input type="checkbox"/> 法人成り・個人事業主変更※ <input type="checkbox"/> 新法人の設立※ <input type="checkbox"/> 分割による変更※ <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"/> その他 ()	
	2 所在地変更 <input type="checkbox"/> 事務所が移転 (法人の場合：本店登記の変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 送付先変更	
	3 その他 <input type="checkbox"/> 特別徴収事務の一本化※ <input type="checkbox"/> 解散・廃業 <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記の変更理由のうち、「※」印が付いている項目については、指定番号を継続して使用することができません。別途、給与所得者異動届出書の提出が必要です。		
合併・吸収及び分割の場合に記入してください。 (合併の場合、合併した法人の数 <input type="checkbox"/> 社合併)	合併・吸収・分割先の名称	特別徴収義務者指定番号 <input type="checkbox"/> 有 ()・ <input type="checkbox"/> 無
	合併・吸収・分割後の指定番号について、1～2の中から選んで、該当の□に✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 1 合併・吸収・分割先の指定番号 () を使用する ※別途、給与所得者異動届出書を提出してください。 <input type="checkbox"/> 2 新規に指定番号を取得する	

◎この届出書を提出されましても、法人市民税等に係る異動届出書を提出したことになりませんのでご注意ください。