

特別徴収義務者の所在地・名称変更届出書

江 北 町 長 殿 令和 年 月 日 提出	(特別給 徴収支 払義務者)	所在地	〒	特徴指定番号	6	0															
				法人番号																	
		フリガナ		連絡先	所属																
		名称 または 代表者名			氏名																
				電話	内線()																

変更年月日	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		
フリガナ		
所在地	〒	〒
関係書類送付先 (上記所在地以外を 希望される場合)	〒	〒
電話番号	— —	— —
変更理由	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 2. 所在地変更 <input type="checkbox"/> 事務所が移転 <input type="checkbox"/> 送付先変更 3. その他 <input type="checkbox"/> 解散・廃業 <input type="checkbox"/> その他()	
合併・吸収・分割の場合に記入してください。	合併・吸収・分割後の名称	指定番号(なしの場合は空欄)
	合併・吸収・分割後の指定番号について、1～2から選んで該当の□に✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 合併・吸収・分割後の指定番号を使用する <input type="checkbox"/> 新規に指定番号を取得する	

※別途、給与所得者異動届出書を提出してください。