

特別徴収義務者の所在地・名称変更届出書



(あて先) 長岡京市長

年 月 日 提出

(特別徴収義務者) 給与支払者

所在地 (住所)

フリガナ

名称 (氏名)

〒

-

法人番号 (個人番号は記載不要)

特別徴収義務者 指定番号

担当者 連絡先

所属

氏名

電話番号



◎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 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		
所在地 (住所)	〒 -	〒 -
フリガナ		
名称 (氏名)		
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)	〒 - 電話番号 - -	〒 - 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 <input type="checkbox"/> 送付先 設定・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・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、1～3の中から選んで、該当の□に✓を記入してください。	
	<input type="checkbox"/> 1 旧社名の指定番号 () を使用する(ご希望に沿えない場合があります) <input type="checkbox"/> 2 合併・吸収・分割先の指定番号() を使用する <input type="checkbox"/> 3 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。