

特別徴収切替届出依頼書

<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto 20px auto;"> 受付印 </div> (宛先) 東 串 良 町 長 殿 年 月 日 提出	給 与 支 払 者 (特別徴収義務者)	特別徴収義務者指定番号			
		所在地 (住所)	郵便番号	電話	
		フリガナ			
		名 称 (氏名)			印
		代表者名			
		担 当 者			

次の者について、 _____ 年 月分から特別徴収を希望します。

給 与 所 得 者	フリガナ	
	氏 名	
	現住所	郵便番号 — 電話 () 東串良町
	生年月日	年 月 日
	備 考	
	フリガナ	
	氏 名	
	現住所	郵便番号 — 電話 () 東串良町
	生年月日	年 月 日
	備 考	
	フリガナ	
	氏 名	
現住所	郵便番号 — 電話 () 東串良町	
生年月日	年 月 日	
備 考		

(注) 従業員(納税義務者)がご自分で納付している個人町県民税について、毎月の給与から差し引く特別徴収に切り替える場合に提出してください。
 後日、給与支払者(特別徴収義務者)へ特別徴収税額決定(変更)通知書をお送りします。
 行数が足りない場合、A4の用紙に印刷の上、使用してください。