



特別徴収義務者の所在地・名称等変更届出書

薩摩川内市長 殿

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		この届出 に係る 連絡先	係 氏 名	
	名 称 代表者			電 話	
	◎ 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。 ◎ 誤読をさけるため、フリガナは必ず付けてください。			法人番号 ※個人事業主 は記載不要	

事 項	変 更 前 (旧)	変 更 後 (新)
フリガナ		
所在地・方書	〒	〒
フリガナ		
名 称		
電 話 番 号		
関係書類送付先 <small>※上記所在地と異なる 場合に記入してください。</small>	〒	〒
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	
変 更 理 由 <small>該当の□にチェックを 入れてください。</small>	1. 名称変更 <input type="checkbox"/> 社名変更 <input type="checkbox"/> 合併による変更 (<input type="checkbox"/> 旧社名の法人は登記存続し社名変更 <input type="checkbox"/> 旧社名の法人は登記上解散し合併された) <input type="checkbox"/> 分割による変更 <input type="checkbox"/> 新しい法人の設立 <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) 3. その他 <input type="checkbox"/> 特別徴収の一本化 <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・ 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
	合併・吸収・分割 後の 指 定 番 号	1. 旧特別徴収義務者の指定番号 () を継続使用する。⇒ 存続会社のみ使用可能です。 2. 合併・吸収・分割先の指定番号 () を使用する。 } ⇒ 給与所得者異動届出書を別途提出してください。 3. 新規に指定番号を取得する。

◎ この変更届出書を提出されましても、法人市民税に係る異動届出書を提出されたことにはなりませんので注意してください。