



特別徴収切替依頼書

半田市長 へ あて 年 月 日 提出	給与 支払者 (特別徴収義務者)	所在地	〒	法人番号																
		フリガナ		特別徴収義務者 指定番号																<input type="checkbox"/> 新規
		名		担当	係															
		称			氏名															
				電話	()	-													

次の納税義務者について特別徴収への切替を希望します。

特別 徴収 希望 者	通知書番号											年 税 額		円
	住 所											納 付 済 額		円
	フリガナ											未 納 付 額 (特別徴収税額)		円
	氏 名											特別徴収開始月	<input type="text"/>	月(翌月10日 納期限)
	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日						※必ずご記入ください。
	受給者番号											納 入 書	<input type="checkbox"/> 必 要	<input type="checkbox"/> 不 要

税額決定通知は 月 日までに必要

※通知の発送が間に合わない場合は、電話にて税額連絡させていただきます。

市処理欄	【入力日】 / 【確認日】 /
------	-----------------