

町県民税特別徴収への切替申請書

新規の場合は○で囲んでください

年 月 日	給 与 支 払 者	所在地											特別徴収義務者 指 定 番 号	*新規	
西会津町長様		名 称											担 当 者 連 絡 先	所属部署	
		代表者名												氏 名	
		職氏名印	印											電話番号	
	法人番号														

下記の者について普通徴収から特別徴収に切り替えてください。

記入のない場合は当方で付番します

切替月	フリガナ		住 所	受給者番号	年税額(円)	既納入額(円)	特別徴収 切替額(円)
	氏 名	生 年 月 日					
	____月分から						
特別徴収を	T·S·H . . .		〒				
希望します。	T·S·H . . .		〒				
給与計算締切日			〒				
毎月 日	T·S·H . . .						
備 考							

- (注)
- 誤納を避けるため、できれば普通徴収の納税通知書または領収書のコピーを必ず添付してください。
 - 税額の通知は、申請書が届いた月の翌月中旬以降に送付いたします。