

特別徴収切替依頼書

中津川市長 宛 平成 年 月 日 提出	(特別徴収義務者 給与支払者)	所在地 〒	特別徴収 指定番号	
		名 称 ⑩	担当部署名	
			担当者氏名	
			電話番号	

特別徴収への切替対象者	生年月日	年税額	納付済額	変更月	※市町村記入欄
住所	M・T・S・H . .	円	円	月より 特別徴収を希望	
フリガナ 氏名			受給者番号		
住所	M・T・S・H . .	円	円	月より 特別徴収を希望	
フリガナ 氏名			受給者番号		
住所	M・T・S・H . .	円	円	月より 特別徴収を希望	
フリガナ 氏名			受給者番号		
住所	M・T・S・H . .	円	円	月より 特別徴収を希望	
フリガナ 氏名			受給者番号		
住所	M・T・S・H . .	円	円	月より 特別徴収を希望	
フリガナ 氏名			受給者番号		
住所	M・T・S・H . .	円	円	月より 特別徴収を希望	
フリガナ 氏名			受給者番号		

☆納期限を過ぎた普通徴収税額は、特別徴収への切替が出来ません。

☆受給者番号は、登録を希望される場合に記載してください。