

# 特別徴収への切替届出書

令和 年 月 日

士幌町町民課税務収納グループ住民諸税担当 あて

( FAX 01564-5-2860 )

下記の者の町・道民税を特別徴収に変更するよう依頼します。

( 納 税 義 務 者 )

氏 名	
住 所	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
納付済額	期分まで 円 (わかっていれば)
切替希望月	令和 年 月分から

( 特 別 徴 収 義 務 者 )

指定番号	
所在地	〒
名 称	
担当者名	
連絡先電話番号	( 内線 )