

## 特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

住 所

医療機関名

氏 名

(法人にあつてはその名称及び代表者の氏名)

チェック欄(いずれかに該当する項目(□)にチェックを入れてください。)

### 1 領収証書の写し添付

当事業所は、現在、 市(町村)の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施し納付しています。

→ 6か月以内の領収証書の写しを添付してください。

### 2 添付する領収証書の写しがない場合等

#### (1) 特別徴収実施確認

当事業所は、現在、 市(町村)の特別徴収義務者の指定を受け、従業員等の個人住民税について、特別徴収を実施しています。

→ 市町村の確認印を受けてください。

#### (2) 特別徴収義務がない

当事業所は、特別徴収義務のない事業所です。

→ 市町村の確認印を受けてください。

#### (3) 開始誓約

当事業所は、 年 月から、従業員等の個人住民税について、特別徴収を開始することを誓約します。

つきましては、特別徴収税額の決定通知書を当社(者)あてに送付してください。

→ 市町村の確認印を受けてください。

市(町・村)確認印
