

特別徴収実施確認・開始誓約書

年 月 日

医療機関名

代表者氏名

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
