

# 納税管理人申告書

年 月 日

若 桜 町 長 様

申告者 住 所

氏 名

印

- 町税
- |                                     |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 町県民税       | <input type="checkbox"/> 設定 |
| <input type="checkbox"/> 固定資産税      | <input type="checkbox"/> 変更 |
| <input type="checkbox"/> 軽自動車税      | <input type="checkbox"/> 廃止 |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険税    |                             |
| <input type="checkbox"/> 介護保険料      |                             |
| <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 |                             |
- の納税管理人を したいので、次のとおり申告します。

納 税 管 理 人	新	住 所	
		電話番号	
		ふりがな	
		氏 名	印
		生年月日	年 月 日
	旧	住 所	
		電話番号	
		ふりがな	
		氏 名	
		生年月日	年 月 日
(納税管理人設定等の理由を記入してください)			