

法人等異動届出書

提出用

受付印

		決算期	月	日	管理番号	
		フリガナ				
		法人名				
年 月 日		本店又は主たる事務所の所在地・電話				
		(電話) - -				
		市内の主たる事務所等の所在地				
		法人番号				
		フリガナ				
代表者		氏名				
		住所				
尼崎市長 あて						

次のとおり異動がありましたので届けます。

異動項目	異動前	異動後
該当する番号に✓を付けてください <input type="checkbox"/> 1 名称(商号) <input type="checkbox"/> 2 本店所在地 (市外移転の場合 市内に営業所等が <input type="checkbox"/> 存続する <input type="checkbox"/> 存続しない) <input type="checkbox"/> 3 市内の事務所等の所在地 <input type="checkbox"/> 4 代表者 <input type="checkbox"/> 5 資本金又は出資金の額 <input type="checkbox"/> 6 その他 ()		
<input type="checkbox"/> 7 事業年度	変更後の最初の事業年度:(白) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 8 合併(解散・存続)	解散の場合は合併法人の、存続の場合は被合併法人の名称及び所在地を記載してください。	
<input type="checkbox"/> 9 連結納税/ グループ通算制度適用	適用開始事業年度:(白) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日 納税義務者が子法人の場合は親法人の名称及び所在地を記載してください。	
<input type="checkbox"/> 10 解散	清算事務所の所在地	
<input type="checkbox"/> 11 結了	清算人の住所・電話	(電話) - -
	氏名	
<input type="checkbox"/> 12 閉鎖	<input type="checkbox"/> 市内全部閉鎖 <input type="checkbox"/> 市内一部閉鎖 (閉鎖事務所名・所在地を上記「異動前」欄に記載してください。)	
<input type="checkbox"/> 13 休業	①休業予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで ②再開予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
異動発生の年月日	年 月 日	登記年月日 年 月 日
(備考)	添付書類(コピー可)	<input type="checkbox"/> 履歴事項証明書 <input type="checkbox"/> 議事録等
この届出書に应答する係・氏名・電話番号	(電話) - -	※受付番号
関与税理士氏名・電話番号	(電話) - -	※管理番号

※欄は記載しないでください。

法人等異動届出書

控

受付印

		決算期	月	日	管理番号
フリガナ					
法人名					
本店又は主たる事務所の所在地・電話		〒 -			
年 月 日		(電話) - -			
市内の主たる事務所等の所在地					
法人番号					
代表者	フリガナ				
	氏名				
	住所	〒 -			

尼崎市長 あて

次のとおり異動がありましたので届けます。

異動項目	異動前	異動後
該当する番号に✓を付けてください <input type="checkbox"/> 1 名称(商号) <input type="checkbox"/> 2 本店所在地 (市外移転の場合 市内に営業所等が <input type="checkbox"/> 存続する <input type="checkbox"/> 存続しない) <input type="checkbox"/> 3 市内の事務所等の所在地 <input type="checkbox"/> 4 代表者 <input type="checkbox"/> 5 資本金又は出資金の額 <input type="checkbox"/> 6 その他 ()		
<input type="checkbox"/> 7 事業年度	変更後の最初の事業年度:(白) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 8 合併(解散・存続)	解散の場合は合併法人の、存続の場合は被合併法人の名称及び所在地を記載してください。	
<input type="checkbox"/> 9 連結納税/ グループ通算制度適用	適用開始事業年度:(白) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日 納税義務者が子法人の場合は親法人の名称及び所在地を記載してください。	
<input type="checkbox"/> 10 解散	清算事務所の所在地	
<input type="checkbox"/> 11 結了	清算人の住所・電話	(電話) - -
	氏名	
<input type="checkbox"/> 12 閉鎖	<input type="checkbox"/> 市内全部閉鎖 <input type="checkbox"/> 市内一部閉鎖 (閉鎖事務所名・所在地を上記「異動前」欄に記載してください。)	
<input type="checkbox"/> 13 休業	①休業予定期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで ②再開予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
異動発生の年月日	年 月 日	登記年月日 年 月 日
(備考)	添付書類(コピー可)	<input type="checkbox"/> 履歴事項証明書 <input type="checkbox"/> 議事録等
この届出書に应答する 係・氏名・電話番号	(電話) - -	※受付番号
関与税理士 氏名・電話番号	(電話) - -	※管理番号

※欄は記載しないでください。