様式第99号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 事業所等の新設(廃止)申告書 | | | | 法　人　番　号 | |  | |
|  |  | |  | 管理番号 | |  | |
|  | 受付印 | |  | 住所又は所在地 | 〒  　　　　　　　　　　　　電話　　　　(　　　　) | | | | | | |
| 年　　月　　日  (宛先)所沢市長  次のとおり申告します。 | | | | フリガナ  氏名又は名称 |  | | | | | | |
| 代表者氏名 |  | | | | | | |
| 申告書送付先 | 〒 | | | | | | |
| この申告に応答する者の氏名 | 電話　　　　(　　　　) | | | | | | |
| 事業年度 | | 月　　　日～　　　　月　　　日 | | | | 事業種目 |  | | 資本等の金額 | | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □　新設　　　　□　廃止 | 新設(廃止)年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 |  | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | ビル等の名称 | | | | |
| 事業所等の床面積  (小数点第2位まで) | 専用床面積 | | | | 共用床面積 | | | 合計床面積 | | |
|  | | | m2 |  | | m2 |  | | m2 |
| 従業者数 | 人 | | | | | | | | | |
| 所有区分  　□自　　　□他 | 貸主 | 氏名 |  | | | | | | 特殊関係者  　□あり　□なし | |
| 住所 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □　新設　　　　□　廃止 | 新設(廃止)年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 事業所等の所在地 |  | | | | | | | | | |
| 事業所等の名称 |  | | | | | ビル等の名称 | | | | |
| 事業所等の床面積  (小数点第2位まで) | 専用床面積 | | | | 共用床面積 | | | 合計床面積 | | |
|  | | | m2 |  | | m2 |  | | m2 |
| 従業者数 | 人 | | | | | | | | | |
| 所有区分  　□自　　　□他 | 貸主 | 氏名 |  | | | | | | 特殊関係者  　□あり　□なし | |
| 住所 |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 関与税理士 | 氏名 |  |
| 連絡先 | 電話　　　　　　（　　　　　　　） |
| 備考 | | |

　　　　※この申告書は、事業所等の新設又は廃止の日から1か月以内に提出してください。