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。