



事業所税更正請求書

年 月 日

(あて先) 郡 山 市 長

請求者	住所(所在地)	(フリガナ) 法人の代表者 氏 名		
	(フリガナ)	この請求に 応答する者	部 署 名	
	氏名(名称)		氏 名	
	個人番号又は法人番号		電話番号	

地方税法第20条の9の3の規定に基づき次のとおり事業所税の更正の請求をします。

事業年度又は課税期間		年 月 日から 年 月 日まで			
		既 確 定 分	更 正 請 求 分	差 引	
事業所税	事業所積床面積	算定期間を通じて使用された事業所床面積 ①	m ²	m ²	m ²
		算定期間中途に新設又は廃止された事業所床面積 ②			
	非課税に係る事業所床面積	①に係る非課税床面積 ③			
		②に係る非課税床面積 ④			
	控除事業所床面積	①に係る控除床面積 ⑤			
		②に係る控除床面積 ⑥			
	課税標準となる事業所床面積	①に係る床面積 (①-③-⑤) × /12 ⑦			
		②に係る床面積 (②-④-⑥) × /12 ⑧			
		課税標準となる床面積合計(⑦+⑧) ⑨			
	資産割額 (⑨×600円) ⑩		円	円	円
従業者割	従業者給与総額 ⑪				
	非課税に係る従業者給与総額 ⑫				
	控除従業者給与総額 ⑬				
	課税標準となる従業者給与総額 (⑪-⑫-⑬) ⑭	000	000	000	
	従業者割額 (⑭×0.25/100) ⑮				
この請求書により請求すべき事業所税額 (⑩+⑮) ⑯		00	00	00	

請求理由		振込先	銀行 支店	
			当座・普通	口座番号
			(フリガナ)	
		口座名義		

※ 床面積は、1平方メートルの100分の1未満を切り捨てること。