

受 付 印

事業所税更正請求書

年 月 日

（宛先）高崎市長

請求者	所在地（住所）		（フリガナ） 法人の代表者氏名	
	（フリガナ） 名称（氏名）		この請求に 応答する者	（所属名）
	法人番号 （個人番号）			（氏名） （電話番号）

地方税法第20条の9の3の規定により、下記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			
			更正請求前（A）	更正請求後（B）	差引（A）－（B）	
資産割	事業所 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
		算定期間の中に新設又は 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に係る非課税面積 ③				
		②に係る非課税面積 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に係る課税標準となる 床面積（①－③－⑤）× /12 ⑦				
		②に係る課税標準となる 床面積（②－④－⑥） 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					
	従業者割額（⑭×0.25/100） ⑮					
この請求により更正すべき事業所税額（⑩＋⑮） ⑯						
請求理由			振込先	銀行・金庫 本店 農協・組合 支店		
				口座名義人		
				普通・当座 No.		