

税務署受付印

社会医療法人の認定に関する届出書

※整理番号

令和 年 月 日 税務署長殿	本店又は主たる事務所の所在地	〒 電話() -
	納税地	〒 電話() -
	(フリガナ) 法人名	
	法人番号	
	(フリガナ) 代表者氏名	
	代表者住所	〒 電話() -

社会医療法人の 認定を受けた 認定の取消しを受けた) ので届け出ます。

認定(取消)年月日	年 月 日
-----------	-------

関与 税理士	氏名	添付書類	1 厚生労働大臣又は都道府県知事からの通知書の写し 2 定款又は寄附行為の写し 3 その他 ()
	事務所所在地		

(参考事項)

1 名称変更の有無 有・無 (変更前の名称:)

2 収益事業の有無 有・無 (事業の内容:)

3 特定医療法人の取りやめの有無 有・無

税理士署名	
-------	--

※税務署 処理欄	部門	決算期	業種 番号	番号	入力	名簿	通信日 付印	年月日	確認
-------------	----	-----	----------	----	----	----	-----------	-----	----

社会医療法人の認定に関する届出書の記載要領等

- 1 この届出書は、医療法人が社会医療法人の認定を受けた又は認定を取り消された場合に、これを所轄の税務署長に届け出るときに使用してください。
- 2 この届出書は、厚生労働大臣又は都道府県知事からの通知書の写し及び定款又は寄附行為の写しを添付して1通（調査課所管法人にあつては2通）提出してください。
（注）この届出書を提出した場合は、「商号の変更」又は「法人区分の変更」に係る異動届出書の提出は必要ありません。
- 3 各欄は、次により記載してください。
 - (1) 「本店又は主たる事務所の所在地」欄には、登記してある本店又は主たる事務所の所在地を記載してください。
 - (2) 「代表者氏名」欄には、法人を代表する者の氏名を、「代表者住所」欄にはその代表者の住所を記載してください。
 - (3) 「社会医療法人の」以下に続く□には、社会医療法人の認定について該当するものにレ印を付してください。
 - (4) 「認定（取消）年月日」欄には、厚生労働大臣又は都道府県知事からの通知書の日付を記載してください。
 - (5) 「関与税理士」欄には、関与税理士の氏名、事務所所在地及び電話番号を記載してください。
 - (6) 「添付書類」欄には、この届出書に添付したものを○で囲んで表示してください。
 - (7) 「名称変更の有無」欄には、名称変更の有無についていずれか該当のものを○で囲むとともに、変更前の名称を記載してください。
 - (8) 「収益事業の有無」欄には、収益事業の有無についていずれか該当のものを○で囲むとともに、行っている収益事業の内容を記載してください。
 - (9) 「特定医療法人の取りやめの有無」欄には、特定医療法人の承認のとりやめの有無についていずれか該当のものを○で囲んでください。
 - (10) 「税理士署名」欄は、この届出書を税理士又は税理士法人が作成した場合に、その税理士等が署名してください。
 - (11) 「※」印欄は記載しないでください。