**特定医療法人としての承認を受けるための申請書**

税務署受付印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 整理番号 |  |
| 令和　　年　　月　　日税務署長経由国税庁長官　殿 | 納税地 | 〒電　話（　　　）　　　　―　　　　　 |
| （フリガナ） |  |
| 申請者の名称 |  |
| 法人番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 代表者の氏名 |  |
| 設立年月日 | 年　　月　　日 | 事業年度 | 月　　日 ～ 　　月　　日 |
| 租税特別措置法第67条の２第１項に規定する特定医療法人としての承認を受けたいので、租税特別措置法施行令第39条の25第２項により申請します。 |
| 【現に行っている事業の概要】　１　本来業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | 施設の名称 | 所在地 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　２　附帯業務

|  |  |
| --- | --- |
| 種類又は事業名 | 実施場所 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

【その他参考となるべき事項】 |
|  |
| 税理士署名 |  |
|  |
| 税務署処理欄 | 部門 |  | 番号 |  | 入力 |  | 整理簿 |  | 備考 |  |