

受付印

バリアフリー改修住宅に対する固定資産税の減額に係る申告書

記入例

〇〇年 〇〇月 〇〇日

十日町市長 様

住所 〒948-0000
十日町市 〇〇町 1丁目 2番地 3号

申告者氏名 (納税義務者) (名称) 〇〇 〇〇

電話番号 025 (〇〇〇) 〇〇〇〇

(個人番号又は法人番号)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

地方税法附則第15条の9第4項及び同条第5項に規定する高齢者等居住改修住宅等に対する固定資産税の減額の適用を受けたいので、同条第6項及び十日町市税条例附則第9条の2第8項の規定に基づき、事実を証する書類を添えて申告します。

家屋の所在	十日町市 〇〇町 1丁目 2番地 3号	家屋番号 ※未登記の場合は記入不要です。 2番 3
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 専用住宅	<input type="checkbox"/> 併用住宅 ・ <input type="checkbox"/> 共同住宅
構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造	<input type="checkbox"/> 非木造 (造) 2 階建
延床面積	123.40 m ²	併用住宅にあつてはそのうちの住宅部分床面積 m ²
建築年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
登記年月日 ※未登記の場合は記入不要です。	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
居住安全改修 工事完了年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
居住安全改修 工事の内容	<input type="checkbox"/> 廊下の拡幅 <input type="checkbox"/> 階段の勾配緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室の改良 <input checked="" type="checkbox"/> トイレの改良 <input checked="" type="checkbox"/> 手すり取付け <input checked="" type="checkbox"/> 床の段差解消 <input checked="" type="checkbox"/> 引き戸への取替え <input type="checkbox"/> 床の滑り止め化	
居住安全改修 工事に要した費用	全体の工事費用	3,500,000 円 居住安全改修工事 以外の工事を含む
	居住安全改修工事費用	補助・給付金額 自己負担金額(50万円超が要件) 2,500,000 円 - 100,000 円 = 2,400,000 円
備考	※改修工事完了後、3か月以内に本申告書を提出できなかった場合、その理由を記入してください。	
地方税法施行令附則第12条 第28項に該当する者 (居住安全改修工事を 必要とする方)	住所	十日町市 〇〇町 1丁目 2番地 3号
	氏名	〇〇 太郎
	生年月日	明治・大正・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭和・平成 / 西暦 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生
	該当区分	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上 ・ <input type="checkbox"/> 要介護認定 ・ <input type="checkbox"/> 要支援認定 ・ <input type="checkbox"/> 障害者
世帯区分等状況確認	本申告書記載の内容を審査するに当たり、世帯区分、現住所、補助・給付制度の利用状況について、固定資産税担当課が各業務担当課へ照会することに、 <input checked="" type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません いずれかに〇を記入してください。同意されない場合、審査を行う上で添付書類以外の書類が必要となった際、その都度提出していただくことになります。	

※ 添付書類

- (1) 改修工事が行われた旨を証する書類の写し(工事明細書、工事前後の写真、領収書等)
- (2) 補助金や給付金を受給している場合はその決定を受けたことを確認できる書類の写し
- (3) 下記に該当する場合は以下の書類の写し
 - 要介護又は要支援認定 …… 介護保険の被保険者証
 - 障害者 …… 身体障害者手帳、精神障害者福祉手帳、療育手帳等

※ 改修工事完了後3か月以内に提出してください。