

バリアフリー改修に伴う固定資産税減額申告書

平成 年 月 日

(あて先) 中津川市長

申告者 (納税義務者) 住所(所在) 氏名(名称) 印
電話 () -

代理人 住所(所在) 氏名(名称) 印
電話 () -

地方税附則第16条第13項の規定に基づき、次の家屋に係るバリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用について、事実を証する書類を添えて申告します。

家屋の内訳	所在・地番	中津川市		家屋番号		
	種類(用途)		構造		持家の種類	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション
	床面積		m ²	居住用床面積		m ²
	建築年月日		登記年月日		改修工事完了年月日	
	バリアフリー改修工事費用	全体工事費用 _____ 円 (バリアフリー改修工事以外の工事を含む) バリアフリー改修工事費用 _____ 円 - 給付・補助金額 _____ 円 = 自己負担額 _____ 円				

【3ヶ月以内に提出できなかった理由】 ※工事完了日から3ヶ月以内に提出できなかった場合に記入して下さい。

必要とした改修工事の方	氏名 (生年月日)	(年 月 日)	該当する区分	<input type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定者 <input type="checkbox"/> 障害者
	住所	中津川市		

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・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を固定資産税担当者が各業務担当課へ照会することに
 同意します ・ 同意しません
※該当するものにチェックして下さい。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になった場合その都度提出していただくことになります。

☆下記処理欄は記入する必要がありません。

処理欄	【受付時確認】	受付印	処理日
	<input type="checkbox"/> 改修工事完了から3ヶ月以内である		平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 記載内容に漏れがない		担当者
<input type="checkbox"/> 必要な添付書類が揃っている	確認者		

※ 添付書類及び記入方法については裏面に記載しております

添付書類

- 増築部分を除く、改修工事に係る明細書（当該改修工事の内容及び費用の確認ができるもの）
- 改修工事箇所の写真
- 領収書（改修工事費用を支払ったことを確認することができるもの）
- 補助金などの交付・給付決定書の写し
- 該当する区分に応じた各種手帳（要介護・要支援認定者・障害者）の写し

記入方法

- 1 申告者（納税義務者）の欄には、バリアフリー改修工事に伴う減額措置の適用を受ける家屋の納税義務者の住所または所在及び氏名または名称及び電話番号を記入し、押印してください。
- 2 代理人の欄には、納税義務者が法人の場合は法人を代表して申告する人、その他の代理人の場合はその代理人の住所、氏名及び電話番号を記入し、押印してください。
なお、法人又は代理人の場合は、納税義務者からの委任状を添付してください。
- 3 家屋の内訳欄には、所在・地番・家屋番号・種類(用途)・構造・持家の種類・床面積・居住用床面積・建築年月日・登記年月日・改修工事完了年月日・改修工事費用をそれぞれ記入してください。

※記入例

家屋の内訳	所在・地番	中津川市〇〇〇番地の□□			家屋番号	◇-□□
	種類(用途)	専用住宅	構造	木造	持家の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション
	床面積	115.50㎡		居住用床面積	115.50㎡	
	建築年月日	S56.12.20	登記年月日	S56.12.25	改修工事完了年月日	H19.4.19
	バリアフリー改修工事費用	全体工事費用 <u>1,500,000</u> 円（バリアフリー改修工事以外の工事を含む） バリアフリー改修工事費用 <u>1,200,000</u> 円－給付・補助金額 <u>780,000</u> 円 ＝自己負担 <u>420,000</u> 円				

- 4 改修工事を必要とした方の欄には、申告要件を満たす方（改修工事完了後の1月1日において65歳以上の方、要介護又は要支援の認定を受けている方、障害者等）の氏名・該当する区分・住所をそれぞれ記入してください。

※記入例

必要と改修工事をした方	氏名	中津〇〇	該当する区分	<input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上の高齢者
	(生年月日)	(昭和〇〇年〇〇月〇〇日)		<input type="checkbox"/> 要介護、要支援認定者 <input type="checkbox"/> 障害者
	住所	中津川市〇〇〇番地の□□		

- 5 世帯区分等状況確認欄には、該当するものにチェックして下さい。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になった場合その都度提出していただくことになります。

※記入例

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・介護保険給付及び助成制度の利用状況等を固定資産税担当者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	
※該当するものにチェックして下さい。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になった場合その都度提出していただくことになります。	