

バリアフリー改修工事に伴う固定資産税減額申告書

年 月 日

日出町長 殿

申告者（納税義務者）	住所又は所在	
	氏名又は名称	
	電 話	
代 理 人	住所又は所在	
	氏名又は名称	
	電 話	

日出町税条例附則第10条2第6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。

また、本申告書記載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日出町役場・税務課資産税担当課が各業務担当課へ照会することに同意します。

■ 該当家屋の内訳

所在・地番				家屋番号		
種 類		構 造		持家の種類	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> マンション	
総床面積	. m ²		居住用床面積	. m ²		
建築年月日	年 月 日		登記年月日	年 月 日		
改修工事完了年月日	年 月 日					
バリアフリー改修工事に要した費用	① バリアフリー改修工事費用			円		
	② 補助金額			円		
	③ 差引金額 (①-②)			円		
居住者の状況 (該当する項目に氏名を記入のこと)	① 65歳以上の者					
	② 要介護認定又は要支援認定を受けている者					
	③ 障がい者					

■改修工事完了後3ヶ月以内に、この申告書を提出できなかった理由。

(改修工事完了日から3ヶ月以内に提出できなかった場合のみ記入してください。)

--